Séance de communications n°16

présidée par Marc BARRET-CASTAN

La communication dans la démarche de l'intervention

Communiquer l'ergonomie : l'exemple d'une coopération entre ergonome interne et externe chez un équipementier automobile

Pierre PAVAGEAU
ergonome,
Conservatoire National des Arts et Métiers des Pays de la Loire
25, boulevard Guy Mollet
BP 31115
44 311 Nantes cedex 3
p.pavageau@cnam-paysdelaloire.fr

Jean-Philippe LE ROUX
ergonome,
Valeo Thermique Habitacle
16, avenue des Prés
28 401 Nogent-le-Rotrou
jean-philippe.le-roux@valeo.com

Mots clefs :
Analyse d'activité, changement, coopération, représentations, stratégie.

Résumé :
Si l'ergonomie recouvre plusieurs définitions et présente des pratiques différentes, se pose la question d'être ergonome. Développer l'ergonomie au sein des entreprises peut être un moyen d'accompagner des transformations du regard sur le travail. Un tel objectif s'inscrit alors dans une stratégie globale. Des a priori ou des expériences antérieures peuvent freiner une telle ambition et l'ergonome interne aura tout un travail de préparation et de structuration du projet. Il pourra lui être bénéfique de s'appuyer sur un ergonome externe qui apportera d'autres expériences et occupera une place privilégiée dans les confrontations de points de vue. La coopération entre praticiens devient une force pour communiquer l'ergonomie.

INTRODUCTION

Communiquer l'ergonomie francophone au sein des entreprises recouvre de multiples enjeux. Si une telle action permet le partage de connaissances, elle peut s'inscrire également dans une stratégie plus globale. Qu'il s'agisse de transformer les situations de travail, d'enrichir le fonctionnement de l'entreprise, l'introduction de l'ergonomie est un moyen de contribuer à l'évolution des points de vue des acteurs de l'entreprise.

Mais, quelle ergonomie diffuser alors que pour certains, elle vise à modifier les gestes et postures et que pour d'autre, la préoccupation est de faire évoluer l'organisation même du travail ? Se pose alors la question de la pratique de l'ergonomie. Pratique qui peut notamment être conditionnée par le statut interne ou externe de l'ergonome.

Il peut être nécessaire à un ergonome interne de s'appuyer sur l'aide d'un consultant externe pour réguler une charge de travail mais surtout pour développer une stratégie d'intervention. Notre communication vise à présenter l'intérêt de cette coopération, les apports mutuels et les conditions de réussite à partir d'une expérience menée sur plus de deux années sur un site de production comptant 1500 salariés, appartenant à un grand groupe équipementier automobile.

L'ERGONOMIE, UN NÉCESSAIRE TRAVAIL DE POSITIONNEMENT

Face à une multiplicité des demandes médicales, techniques,… qui traduisent des niveaux de dysfonctionnements bien souvent communs, une globalisation des questions doit être menée pour dépasser les représentations de la forme «problème – solution « largement rencontrées dans notre contexte d'intervention (tableau1). A travers l'expression verbale, les demandes répertoriées des différents acteurs, sont bien souvent formulées en termes de solutions : « il nous faut des formations «gestes et postures» car nous avons de plus en plus de TMS. Nos opérateurs ne savent pas travailler ! il faut leur montrer les «bons gestes»… «.

Ce type de demande est évidemment symptomatique d'une méconnaissance de ce qui se joue dans les situations de travail. Elle est une demande en tant que telle qui représente une opportunité d'intervention pour l'organisme de formation «gestes et postures», le kinésithérapeute, mais aussi l'ergonome lorsqu'il est connu comme un expert possible de ce type de question. Ce dernier point renvoie à la représentation que peut se faire un demandeur potentiel, de la valeur ajoutée de l'ergonomie.

Problèmes	Solutions demandées
Troubles musculo-squelettiques	La polyvalence
Troubles dorso-lombaires	Formation Gestes et Postures
Définition des dimensions d'un poste de travail	Les normes
Ce poste de travail est-il ergonomique ? Evaluation de la charge de travail	La cotation ergonomique

Tableau 1 : représentations problèmes solutions

Nous avons rencontré un décalage entre la nature même de la demande initiale et les fondements de l'ergonomie. La méconnaissance des apports de la discipline et des a priori sont deux dimensions qui expliquent cet écart. Des expériences antérieures au sein de

l'entreprise ont augmenté la difficulté de positionnement de l'ergonome interne. C'est par exemple des formations en gestes et postures qui ont rendu difficiles ou freiné une approche orientée sur l'organisation du travail et la prise en compte des caractéristiques du travail réel. Traiter la prévention en terme de normes et de règles tend à développer une attitude restrictive et ne favorise pas le dialogue (Teiger et Laville, 1991) alors que le changement de point de vue sur le travail repose sur une construction sociale (Guillon, 1998).

Si une approche axée sur les gestes et postures est par définition opposée à l'ergonomie car basée sur une adaptation de l'homme au travail, il est encore assez courant d'arriver dans un tel contexte. Il est alors nécessaire à l'ergonome de développer une stratégie pour convaincre des objectifs de l'ergonomie. Un des premiers rôles de l'ergonome interne est de réaliser une partie importante de l'analyse des besoins, de les traduire et les exprimer sous une forme déjà structurée. Il joue ainsi un rôle de préparateur de l'intervention.

PLUSIEURS NIVEAUX DE REPRÉSENTATION

La place de l'ergonome interne s'est définie comme une interface entre les différents niveaux décisionnels et opérationnels. Certains salariés ont une vision macroscopique de l'entreprise alors que d'autres sont des acteurs de proximité dans les processus de changement. L'ergonome devient un relais privilégié entre ces niveaux de représentation. Il s'agit pour lui d'établir un réseau de relations lui permettant d'articuler les différents niveaux de confrontation. Cette articulation permet de poser les bases dynamiques de l'intervention.

Le développement de l'ergonomie a été initié par une identification des représentations de l'ergonomie et de ses apports auprès de nos interlocuteurs (tableau 2). Construire une dynamique basée sur la prise en compte de la complexité du facteur humain a été d'autant plus difficile que les acteurs de l'entreprise étaient fortement imprégnés de solutions normalisées. Face à la force de telles pratiques, la phase de maturation de la demande par l'ergonome interne a consisté alors à démontrer en quoi l'ergonomie centrée sur l'activité peut apporter des éléments nouveaux de réponses.

Apports de l'ergonomie
Rien, activité non connue
Des solutions prêtes à l'emploi, des recettes, des normes
Amélioration du confort des opérateurs
Des méthodes de cotation
Suppression des gestes inutiles

Tableau 2 : représentations initiales sur l'apport de l'ergonomie

A ce niveau, une identification des enjeux est nécessaire, car elle permettra de globaliser

les objectifs de l'intervention et aussi d'en étendre le champ. Il est alors devenu possible de passer d'un problème ponctuel d'un poste de travail, à une question globale d'implantation des moyens de production sur l'ensemble du site…

A l'issue de cette phase de maturation, un besoin étendu sur l'ensemble du site s'est construit. La réponse retenue a été de former des ingénieurs méthodes et le personnel d'encadrement de proximité à l'ergonomie. L'entreprise a ainsi fait appel à un prestataire externe afin de communiquer et diffuser des bases de la pratique de l'ergonomie.

BÉNÉFICES D'UNE COOPÉRATION ERGONOME INTERNE, ERGONOME EXTERNE

Les ergonomes, interne et externe, ont tous les deux un profil similaire. En effet, ils présentent un parcours professionnel antérieur à celui d'ergonome et ont suivi une formation de niveau I en ergonomie. Leur force s'appuie ainsi sur des expériences complémentaires, l'une basée sur des dimensions santé, l'autre sur des aspects hygiène, sécurité et conditions de travail.

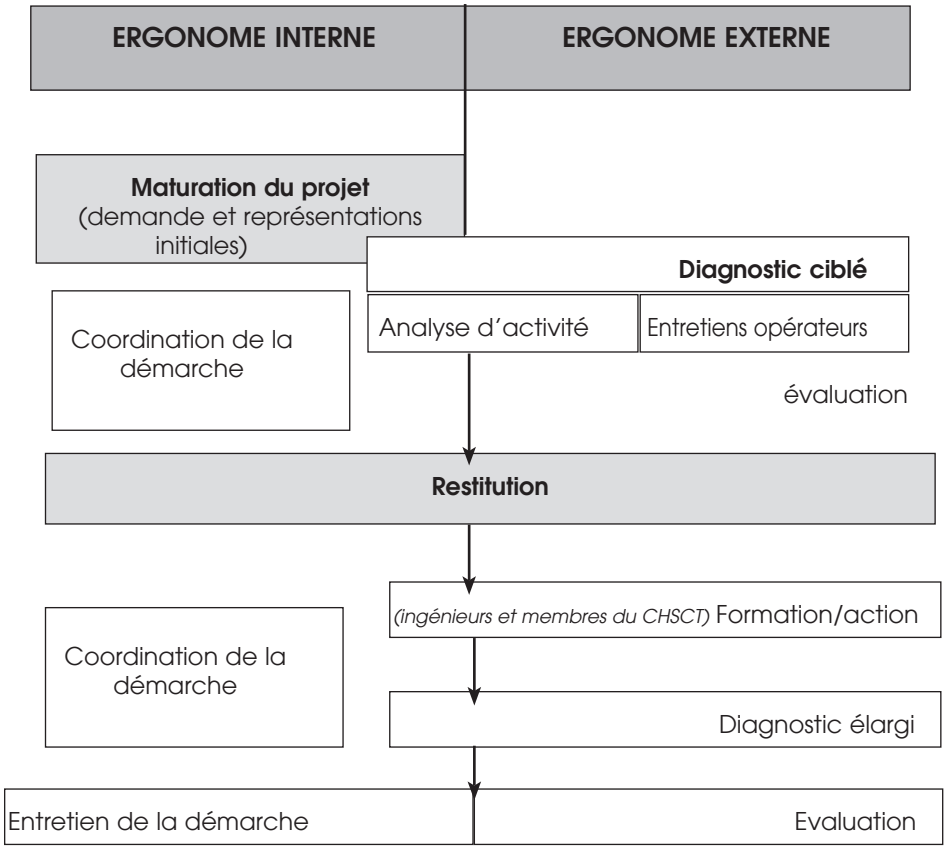
L'ergonome interne apporte sa connaissance de l'entreprise : la culture, son histoire, sa population, ses outils… Il possède une compréhension de l'organisation formelle et informelle de la structure ainsi que des éléments sur la stratégie et les objectifs de l'entreprise. L'ensemble de ces connaissances apporte un éclairage au consultant sur les enjeux et leur contexte. Une co-construction de l'intervention s'amorce alors entre les deux ergonomes.

L'ergonome externe quant à lui apporte un regard nouveau, enrichi par des expériences d'autres entreprises similaires ou non. Son statut d'externe lui donne une plus grande facilité à dévoiler la réalité des situations, n'étant pas au cœur des enjeux internes. Il bénéficie ainsi d'une plus grande liberté de parole. L'ergonome interne peut alors attendre de sa part un apport dans les phases de confrontation des problématiques qui se jouent dans la réalité des situations. Il donne un appui et une force à l'ergonome interne dans les débats collectifs sur les questions relatives aux situations de travail.

Les bases d'une coopération s'appuient sur un partage de connaissances et de pratiques. Elle permet de relativiser les faits constatés, de tester des argumentaires et de consolider les résultats de l'intervention. La coopération devient un puissant moyen d'éviter des impasses que rencontrerait un intervenant seul dans l'action (Notte, 1996). Elle renforce la crédibilité des résultats et accélère le processus des changements des représentations sur le travail.

Cette coopération se construit autour d'un projet structuré où chacun aura une place privilégiée à différents moments de l'intervention (figure 1).

L'implication de l'ergonome interne est très forte au démarrage du projet pour prendre une position de retrait lors de certaines étapes telles que les entretiens individuels avec les opérateurs, les phases d'observation du travail réel. L'ergonome interne étant rattaché au responsable des ressources humaines, il est arrivé que les opérateurs l'associent largement au point de vue de la Direction, mettant en doute sa neutralité. l'ergonome externe



peut recueillir avec une liberté plus forte l'expression des salariés.

Figure 1 : des moments privilégiés et des moments partagés

MOYENS FACILITANTS LA COMMUNICATION

Pour communiquer et diffuser l'ergonomie, nous avons mis en œuvre plusieurs moyens qui se sont appuyés sur une alternance de phases de diagnostic et de formation.
L'analyse d'activité a occupé une place importante pour faire prendre conscience de la réalité des situations de travail. Comme le soulignent Catherine Teiger et Jean-Marie Frontini (Teiger; Frontini, Modestine et Penel, 1996), il est intéressant d'initier le débat avec les acteurs de l'entreprise à partir de leur propre activité de travail afin que ceux-ci appréhendent différemment la mesure du problème. Nos premiers temps d'échange et de sensibilisation se sont donc appuyés sur une identification de l'activité réelle de nos interlocuteurs mais également sur la présentation des résultats d'une cartographie santé. Elle est un outil privilégié d'aide à la transformation des regards en confrontant les différentes cultures(Pavageau et Touranchet, 1999).
Après cette phase préparatoire, nous avons décliné un premier «chantier test» afin de réaliser un diagnostic dans un secteur ciblé de l'entreprise. Celui-ci, hors mis le fait d'apporter des éléments de réponse à la problématique des postes de travail, devait permettre de convaincre pour ensuite nous autoriser à poursuivre notre projet de diffuser plus lar-

gement l'ergonomie sur ce site.
L'élargissement de la communication s'est fait à partir de modules de sensibilisation à l'ergonomie sur une base de deux journées, auprès des ingénieurs. Si nous avons construit un support adapté à la culture de l'entreprise, nous nous sommes fortement appuyés sur les résultats du premier diagnostic. D'autres diagnostics ont pu ensuite être menés dans l'entreprise à la demande des stagiaires et des membres du comité de pilotage.

Diagnostics qui ont évolué d'une ligne de production à des problématiques élargies sur tout le site tels que la gestion des rythmes de travail, le stress, la manutention et la conception des produits et des nouveaux process.

Cette étape de diagnostics a alors été menée en alternance avec des phases de formation / action auprès des ingénieurs méthodes, des concepteurs et des membres du CHSCT. Elle a été d'autant plus porteuse qu'elle était illustrée par les résultats des diagnostics, situations connues des acteurs de l'entreprise. Ce retour d'expérience a été renforcé par les résultats d'évaluation des changements mis en œuvre. Il est important d'inscrire une telle démarche dans la durée. En effet, notre expérience montre que les résultats se mesurent au moins un an après les premières analyses. Les évaluations permettent de valider l'apport de l'ergonomie dans le fonctionnement global de l'entreprise alors que les demandes bien souvent à court terme, de retour sur investissement sont très présentes. Anticiper un chiffrage reste très difficile et une évaluation est un moyen de rassurer ou de répondre à une attente initiale fondée sur la confiance et une prise de risque, dans un contexte de généralisations de certains changements.

Enfin, il est certain que la présence régulière des ergonomes auprès des interlocuteurs de l'entreprise est indispensable. Cet accompagnement de proximité permet d'ajuster la compréhension de l'ergonomie. Il peut aussi pallier la faible disponibilité des acteurs qui ont parfois des difficultés à prendre en compte l'ergonomie. Il leur apparaît souvent que faire de l'ergonomie apporte une charge supplémentaire dans la gestion de leur travail. Toutefois, l'expérience montre que si une première étape de compréhension reste difficile, lorsque celle-ci est comprise et acquise, regarder le travail autrement n'alourdit plus la charge de travail. Comme Teiger et Laville (1991), nous avons pu observer que les acteurs de l'entreprise sont assez souvent surpris par les descriptions des activités de travail. Ils en découvrent une autre réalité, plus complexe et ouvrant de nouveaux axes d'actions possibles.

L'analyse de l'activité a donc été déterminante dans la réussite de notre projet. Elle se situe à la charnière des différentes phases qui ont construit notre démarche de communication de l'ergonomie. A ces analyses, il convient de noter d'autres moments clés tels que les restitutions en CHSCT, en comité de pilotage et en groupe de travail. C'est collectivement et en confrontant des méthodes de travail que progressivement la prise en compte de l'ergonomie a pu se valider socialement et se développer.

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE DE LA COMMUNICATION

Développer l'ergonomie sur l'ensemble d'un site industriel, basé sur une culture du standard doit s'inscrire dans un projet à long terme tout en respectant une progression par étape.
Dans un premier temps nous avons du passer par une phase de démonstration. Nous ne pouvons que rappeler et souligner la force démonstrative de l'analyse d'activité pour faire cheminer les acteurs de l'entreprise vers une prise en compte de la réalité des situations de travail. Elle permet de valider et de concrétiser une première étape parfois trop con-

ceptuelle et abstraite. L'analyse du travail présente notamment des résultats chiffrés qui se rapprochent de la culture technique et de la pratique quotidienne des ingénieurs. Par exemple, la mesure de l'espace, du temps opératoire et du nombre de gestes en y associant leur motif, nous a aidés à remettre en question la notion de l'équilibrage fondée sur des méthodes telles que le MTM (method time measurement).

La présentation des résultats des diagnostics doit s'accompagner d'un document écrit. Il est un bon moyen pour l'ergonome d'être synthétique et de se caler sur la culture de l'entreprise. Ce document occupe aussi une place privilégiée dans la vie et la dynamique du projet en devenant un support à la mémoire. Il sera lu, relu et offre ainsi une prise de recul tout en favorisant l'appropriation progressive individuelle ou collective.

La formalisation permet de construire la mémoire de l'intervention et de diffuser progressivement de nouveaux points de vue sur le travail. La formalisation revêt une importance particulière. Ces supports doivent s'insérer dans les outils de communication de l'entreprise en respectant une certaine compatibilité : vocabulaire, charte graphique, cohérence avec les outils en place… Si ceux-ci ne sont pas figés et pourront évoluer, il faut veiller à respecter certaines précautions en construisant un changement progressif. La construction de nouveaux repères dans un contexte normé risque d'être négative si elle est trop brutale. «le changement peut à la fois être considéré comme une menace ou comme une possibilité» (Launis, Kantolat et Niemela, 1998).

Les restitutions doivent être cohérentes avec l'état d'avancement de l'évolution des représentations et cet accompagnement implique une présence renforcée des ergonomes tant auprès des décideurs que des acteurs de terrain. Dans cet objectif de communication, la coopération sera d'autant plus efficace que les ergonomes sauront tirer parti de leur complémentarité. Sur un fond de points de vue communs de la pratique de l'ergonomie, la complémentarité dépend des connaissances, des domaines d'expertise et des parcours professionnels.

Enfin, un tel projet portera ses effets s'il s'inscrit dans la durée. Mais, la plupart des entreprises se positionnent sur des projets à court terme et sont soucieuses d'un retour sur investissement le plus rapide possible. L'évaluation des diagnostics devient un moyen de renforcer la confiance et la crédibilité de la discipline. Pour mener nos évaluations, nous déclinons à nouveau deux principes de la méthodologie : les entretiens avec les opérateurs et les analyses d'activités. Si le contexte a évidemment changé, nous essayons de nous rapprocher le plus possible des observables retenus à l'époque du diagnostic initial. Les résultats sont alors comparés.

RÉSULTATS

Si l'évaluation basée sur l'analyse d'activité présente les résultats en terme de santé, de qualité et de productivité, les résultats s'observent également sur le plan des représentations. Ces évaluations nécessitent alors des ergonomes d'être vigilants et à l'écoute des salariés, quel que soit leur niveau d'opérationnalité.
Si la toute première demande était de former 800 opérateurs aux gestes et postures, très vite, elle a évolué vers une analyse fine d'un secteur en restructuration. Aujourd'hui, l'ergonomie est intégrée en tant que telle dans les projets en phase initiale de conception des nouveaux produits et process (figure 1). L'ergonomie est également partie prenante

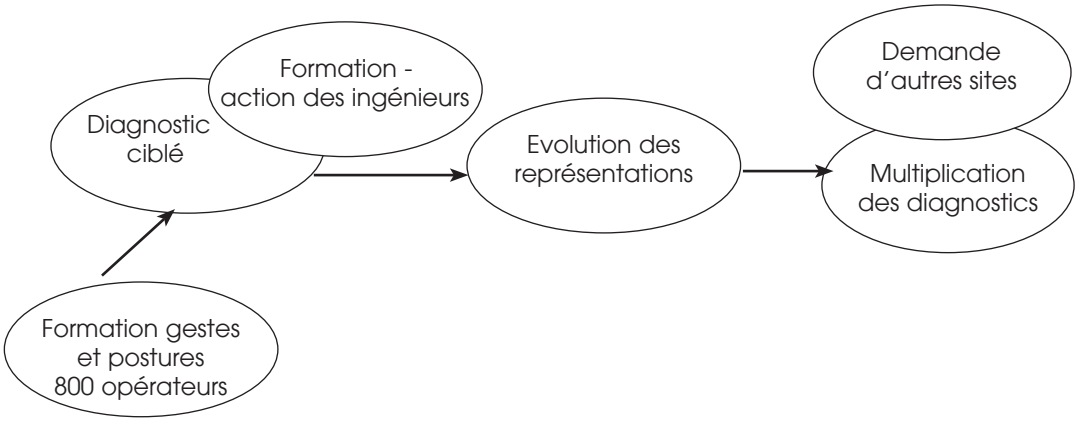
dans les réflexions portant sur l'organisation de la production. Sujet qui permet d'amorcer aujourd'hui des discussions sur le sens du travail, la monotonie, l'enrichissement du travail ou la répartition et le contenu des tâches…

En ce qui concerne l'activité des ingénieurs, l'implication des opérateurs dans les projets devient systématique et l'ergonome interne est de plus en plus sollicité pour alimenter les discussions lorsque celles-ci nécessitent un appui méthodologique. Les ingénieurs sensibilisés à l'ergonomie ont donc pris la mesure de leurs capacités et limites par rapport à cette pratique. Ceci illustre une prise de conscience de l'apport et de la complexité de la démarche. L'ergonomie n'est plus un référentiel de normes anthropométriques ou physiques et les ingénieurs parlent moins de standards mais évoquent la notion de standard évolutif ou spécifique…

Sur le plan technique, nous notons également une vraie remise en question de certains fondements industriels. Par exemple, une installation automatisée récente a été démantelée et remplacée par une série de postes individuels. Les ingénieurs et les membres de la Direction ont accepté une réelle remise en cause de leur point de vue.

Enfin la prise en compte de l'ergonomie dépasse maintenant le site d'intervention car d'autres interlocuteurs du groupe commencent à solliciter l'ergonome interne.

Toutefois, si le développement de l'ergonomie commence à apporter des perspectives prometteuses, il reste nécessaire à l'ergonome interne d'être vigilant afin de pérenniser les actions engagées. Les résultats sont confrontés à certaines faiblesses ou d'autres difficultés. Ils évoluent dans un environnement technique, organisationnel et humain très changeant. Nous avons noté par exemple un départ de 30 % des personnes formées. Il est



donc important de consolider les bénéfices de l'appropriation de l'ergonomie.

Figure 2 : évolution de la prise en compte de l'ergonomie

ÊTRE ERGONOME OU FAIRE DE L'ERGONOMIE ?

Communiquer l'ergonomie ne se limite pas à transmettre des connaissances, des concepts ou des réponses techniques. Une telle action s'inscrit dans une stratégie globale de chan-

gement, de conduite de projet qui s'appuie sur des phases de mise en œuvre concrètes. Sinon, le risque est que les pistes de transformations espérées se limitent «à des stratégies formelles sur papier et à des discours de la hiérarchie « (Launis, Kantola et Niemela, 1998). La qualité des changements mis en œuvre dépend de la pertinence des diagnostics ergonomiques, pertinence déterminée par une rigueur méthodologique propre à la profession d'ergonome.
Mais, que signifie s'afficher ergonome ? Cette question reste fondamentale alors que le titre d'ergonome n'est pas protégé et quelle légitimité ergonomique donner à des pratiques décontextualisées de la réalité des situations de travail ?

BIBLIOGRAPHIE

GUILLON F., 1998, Expertise CHSCT : une occasion d'appropriation par le CHSCT et les salariés d'un autre point de vue sur le travail, *Performances Humaines et Techniques*, décembre 1998, n° hors série, 57-60.

LAUNIS K., KANTOLA T., NIEMELA A., 1998, Organisations et unités de production : entre l'ancien et le nouveau. Une approche du changement selon la théorie de l'activité, *Performances Humaines et Techniques*, décembre 1998, n° hors série, 34-39.

NOTTE D., 1996, L'intervention ergonomique : quelles modalités de collaboration entre ergonomes ?, *XXXIième congrès de la SELF,* Bruxelles.

PAVAGEAU P., TOURANCHET A., 1999, La cartographie santé comme outil d'aide à la coopération et à la transformation des représentations, *XXXIVième congrès de la SELF,* Caen.

TEIGER C., FRONTINI J., MODESTINE G., PENEL P., 1996, Changer de regard sur les gestes et postures par la formation à l'analyse ergonomique du travail pour mieux prévenir les risques professionnels : préventeurs et ergonomes, même enjeu ? *XXXIième congrès de la SELF,* Bruxelles.

TEIGER C., LAVILLE A., 1991, L'apprentissage de l'analyse ergonomique du travail, outil d'une formation pour l'action, *Travail et emploi,* 47, 53-62.

La communication au-delà des mots : témoignage

Marc JOURDAN
ANALUSIS
La Figuière - 130 Avenue du Club Hippique
13090 – AIX EN PROVENCE.
10 Parc club du millénaire – 1025 rue Henri Becquerel
34036 - MONTPELLIER cedex 01.
Analusis@aol.com

Mots clés :
langage commun - mise en situation - scénario.

Résumé :
Le thème de «la communication dans l'action ergonomique « conduit un consultant ergonome à relater des expériences de communication dans un domaine de son activité, à savoir la formation.
Ces expériences permettent de poser un ensemble de questions et d'y apporter des éléments de réponse.
Comment un ergonome peut-il aider un groupe d'acteurs d'entreprise à communiquer ?
Comment un groupe de salariés peut-il communiquer avec un ergonome ?
Comment un ergonome peut-il communiquer avec un groupe de chefs d'exploitation agricole ?
Dans quelles conditions la communication peut-elle effectivement avoir lieu
et quels sont les vecteurs de cette communication ?

INTRODUCTION

L'objectif de ce texte est de contribuer, à partir de ma pratique, à la réflexion sur la communication dans l'action ergonomique.
Mes propos sont centrés sur les conditions dans lesquelles la communication peut effectivement avoir lieu.

Communiquer nécessite un langage commun. Ce langage commun se construit, se codifie, en situation, dans une situation partagée par ses acteurs. Sa construction passe par la mise en scène (se mettre en scène), par le jeu de rôle (être acteur), par l'interchangeabilité des rôles.

Comprendre comment la connaissance des relations qui existent entre le niveau du management, de l'organisation, de la gestion et celui de l'exécution, de la réalisation, favorise la

communication entre les acteurs de l'entreprise, résume la première partie de ce texte.
Mimer son propre travail à l'aide d'une mise en scène improvisée pour communiquer (imaginer un scénario, le jouer), transmettre au plus juste, au plus près de la réalité, les caractéristiques de son travail et ses contraintes résume la deuxième partie de l'exposé.
Se mettre à la place de l'observateur aprés avoir été soi-même «l'observé», se rendre compte par là même que les temporalités de l'action et le jugement que l'on porte sur elle, différent selon que l'on travaille ou que l'on analyse le travail, constitue la trame de la dernière partie de l'exposé.
Autrement dit, construire un langage commun, c'est avoir une situation vécue commune, c'est partager une expérience vécue, **c'est communiquer au-delà des mots.** Cette communication développe ces propos.

ALIMENTER SON ACTION DE LA COMPRÉHENSION DE CELLE DES AUTRES

J'introduirai mon témoignage par un exemple de formation-action dans le cadre de l'évaluation et de la prévention des risques professionnels dans des TPE. L'une des entreprises concernées par la formation conditionne des légumes surgelés. L'autre fabrique des meubles en bois pour des magasins.
Le langage commun à construire au cours de cette démarche a pour objectif de faire communiquer divers points de vue co-existants dans l'entreprise (production, qualité et sécurité en particulier), de **favoriser la communication dans un groupe de non pairs avec des rapports hiérarchiques.**

La construction de ce langage, des bases de la communication et de la réflexion collective, s'est traduite par trois buts à atteindre.

• Relier les niveaux de l'organisation (le «global») et de l'activité de travail (le «local»), rendre visible leur interaction.
Dans les deux cas d'entreprise que j'utilise pour décrire cet exemple, le niveau «global» est défini par les choix de conception, de gestion et d'organisation effectués par le niveau décisionnel, par les caractéristiques du process, de la gestion et de l'organisation de l'entreprise qui découlent de ces choix, par la tâche (emballer les meubles, appuyer sur la pédale et attendre que le sac se remplisse en le maintenant en l'air par exemples) et par des facteurs de variabilité (tous les aléas et contre-temps entre la prise de commande et le montage des meubles, l'arrivée non régulière du produit dans la trémie due à la formation de blocs de produit congelés, les «à coups» de l'alimentation dûs à l'évacuation / approvisionnement des palox).
Le niveau «local» est défini par les conséquences de ces choix au niveau de la réalisation du travail, par l'activité déployée pour tenir l'instable compromis entre organisation et variabilité : faire face aux répercussions des exigences des clients, des fournisseurs, du bureau d'étude, de l'atelier de montage, sur l'emballage/expédition ; faire face au stress de devoir faire vite, de travailler par à-coup, d'être doublement assujeti à la chaîne et au process, à l'organisation et aux facteurs de variabilité.

• Alimenter la compréhension du «global» (du macro) par le "local» (le micro) et la compréhension du «local» par le «global «,

• Imaginer, pour mieux les maîtriser, les conséquences de ses actes.
Le rôle de l'ergonome dans cette démarche a été de transférer des connaissances et des méthodes immédiatement traduites pour les premières dans le langage de l'entreprise et expérimentées à l'aide d'une mise en situation pour les secondes (manière d'observer - durée en particulier -, ce qu'on observe, manière de décrire et d'analyser).

Cette formation, étalée sur deux mois, s'est déroulée de la façon suivante.

Une première étape a été consacrée au recueil de données et à la description / compréhension du niveau «global», ainsi qu'un apport de connaissances appuyé sur les données de cette approche.

La seconde étape a été utilisée pour apprendre à observer des situations de travail, à décrire / comprendre le niveau «local», ainsi que pour alimenter le fonctionnement du groupe par des données sur le travail réel.

Une dernière étape a été consacrée à un échange sur la façon dont l'ensemble des données a été recueilli et analysé ainsi qu'à la formalisation et la présentation de ces données.
Cette démarche a abouti à l'élaboration d'un diagnostic sur l'évaluation et la prévention des risques professionnels construit dans un jeu d'aller-retour entre les données de l'approche globale et celles de l'approche locale, l'une alimentant la compréhension de l'autre et réciproquement afin de donner par ce jeu de focalisation / distanciation du sens à chacun de ces deux niveaux et d'ouvrir le champ des possibles en matière d'amélioration des situations de travail.
Par exemple, il s'est agit de produire de nouvelles règles (d'organisation, de conception, de formation) en cherchant, dans un double mouvement, à comprendre les facteurs de variabilité par rapport au faisceau de contraintes dans lequel se trouve l'entreprise et à comprendre la manière dont ces facteurs sont gérés, souvent en écart avec le prescrit, par rapport au faisceau de contraintes dans lequel se trouvent les salariés.

MIMER SON PROPRE TRAVAIL POUR EXPRIMER UNE DEMANDE OU «UNE PIÈCE DE THÉATRE IMPROVISÉE»

Tous les ergonomes savent que l'analyse de la demande est une phase essentielle, déterminante, pour la mise en place et le déroulement de l'intervention. La communication est ici l'outil privilégié qui permet à l'intervenant de se présenter, de se positionner, de construire sa légitimité et son intervention à venir ; elle permet aux acteurs de l'entreprise d'exprimer leurs attentes et leurs enjeux.
Mais cette phase n'est pas simple à réaliser. Nous savons que les questions du type «quels sont vos problèmes ?», «avez-vous des problèmes ?», sont stériles.
J'ai choisi de relater dans ce qui suit une leçon de communication concernant cette phase de l'intervention qui nous a été donnée par le personnel africain d'un grand hôtel.

Les questions concernant ce personnel, dont la tâche consiste à préparer les salles de réunions et de repas, portaient sur l'aménagement et l'utilisation de l'espace.
Une après-midi où nous venions « travailler la demande «, nous sommes **passé du statut d'acteurs au statut de spectateurs assistant à une mise en scène improvisée.**

Cette mise en scène, cette «pièce de théatre», choisie comme outil de communication par le personnel, s'est déroulée en deux actes dont voici quelques extraits.

Acte I : La «petite réunion» préalable à l'observation.

Ce moment de discussion, auquel nous n'étions bien sûr pas convié, a consisté pour le personnel à évaluer les enjeux de notre présence concernant leurs conditions de travail et à réorganiser le travail en tenant compte du déterminant «présence d'ergonomes» pour définir le scénario de l'après-midi.

Acte II : L'expression de la demande : le scénario simulé «grandeur nature».

Une fois la pièce écrite, il ne restait plus qu'à la jouer avec dans les rôles principaux :
• les déterminants : la tâche (placer des chaises dans un salon au rez-de-chaussée pour le petit déjeuner du lendemain matin), le lieu de stockage des chaises (21° étage), la panne de l'ascenseur monte-charge (nécessitant d'utiliser l'ascenseur pour le personnel), le circuit entre l'ascenseur et le salon (en passant par la cuisine) et le salon scindé par une cloison amovible en une partie libre et une partie occupée par une réunion se terminant vers 17 heures,
• l'activité : des déplacements nombreux et rapides, des ports de charge, des manutentions, des calculs, de l'anticipation, etc.
• ses conséquences en termes de fatigue.
Au bout de deux heures, le message était clair. 'Le courant était passé'. La communication avait eu lieu. La demande avait été explicitement exprimée. La balle était dans le camp des ergonomes : à eux de jouer, à eux d'intervenir.

SE METTRE À LA PLACE DE… AFIN D'ACQUÉRIR DES OUTILS

On vient de voir une manière de poser des questions, qui d'ailleurs ne nécessite pas forcément de parler la même langue. Je m'appuierai sur mon expérience de formation-action auprès de groupes de chefs d'exploitation agricole pour illustrer, par un exemple, une manière de répondre à des questions, une autre manière de communiquer où la mise en scène reste centrale.

Au début de la formation-action, une question a été posée : **quel intérêt pour un agriculteur d'analyser le travail d'une équipe de récolte ?**
Cette question a, dans un premier temps, été déclinée selon les préoccupations et les points de vue de chacun des acteurs.
Pour le groupe : comment définir les limites des fonctions entre chef d'exploitation et chef d'équipe ? Est-il possible de récolter et d'encadrer ? Dans quelles conditions ?
Pour l'ergonome : quel compromis entre une logique de sélection et une logique d'adaptation ? Quel compromis entre rigidité et souplesse d'organisation ?
La formation s'est poursuivie au travers d'échanges de points de vue et de concepts sur le travail dans les chantiers de récolte. Mais, on peut échanger des points de vue sans communiquer ! On peut parler du travail sans jamais se rencontrer. Le dialogue initial en rend compte :
L'ergonome : «comment définir le travail ?»

Le groupe : «un coût au kilo. Le rapport entre une quantité de produit à récolter et un rythme, ce qui permet de définir un nombre de personnes»
L'ergonome : «que signifie observer le travail «
Le groupe : «ne rien faire…regarder, noter»
L'ergonome : «quoi observer «
Le groupe : «le matériel, l'organisation, le comportement des personnes.»

La mise en situation du groupe

Le cœur de la formation a consisté à élaborer des éléments de réponse à ces questions. Cette phase centrale s'est déroulée en deux étapes.

Première étape : la présentation de méthodes d'observation et d'analyse et l'utilisation de celles-ci par l'ergonome dans un chantier de récolte pour montrer, susciter l'intérêt ou, du moins, la curiosité.

La construction de chroniques d'activité du chef d'équipe a permis de montrer que les activités de contrôle et d'aide représentent les deux tiers du travail des chefs d'équipe sur la période d'observation considérée.
Le tiers restant est constitué, selon l'organisation choisie, par une activité d'anticipation (gestion pause, gestion fin chantier) ou par la prédominance d'une activité de récolte (prendre un sillon restant) ce qui rend difficile l'anticipation.

Ces constats ont poussé le groupe à préciser ses attentes : mieux définir ce qu'on attend des chefs d'équipe, savoir quantifier l'utilisation du temps par le chef d'équipe pour savoir s'il réalise la mission qu'on lui a confié (quel contenu donner à la fonction (au métier) de chef d'équipe dans un chantier ? Est-il trop à la production et pas assez à l'encadrement ?).

Deuxième étape : la «mise en situation» du groupe : chaque agriculteur «joue» l'ergonome en observant un chantier de récolte d'une autre production que la sienne, afin d'acquérir des techniques d'enregistrement du travail (chroniques, graphes de flux, etc.).

Trois phases ont été consacrées à cette mise en situation :
• une première phase répartie en préparation du recueil des données et observations pour construire les techniques de recueil,
• une seconde répartie en analyse des données recueillies la fois précédente et nouvelles observations pour mettre en oeuvre les techniques de recueil,
• une troisième pour traiter et interpréter les données recueillies et pour préparer la saison à venir.

La totalité des données (une fois mise en forme) a été présentée, analysée et discutée lors de la dernière journée de formation.

Les observations ont été centrées en particulier sur l'activité du chef d'équipe.

Les points de repère fournis par l'ergonome pour réaliser ces observations ont été les suivants.
• Noter en indiquant où (le lieu) et quand (le moment), les actions du chef d'équipe (ce

qu'il fait), les communications de travail (verbales et gestuelles), les prises d'informations visuelles, les déplacements (et leurs raisons). Ce type de recueil nécessite d'avoir une montre, un calepin et un stylo et d'observer à deux (l'un dit ce qu'il voit et l'autre écrit par exemple).
• Demander des explications, poser des questions à la personne observée pendant et après l'observation, afin d'accéder au traitement de l'information, à l'expérience, au "coup d'oeil", au "tour de main".
• Transcrire les données sous la forme d'une chronique d'activité.

Avoir à l'esprit pour mener à bien ces observations, les trois composantes de l'activité mise en évidence par l'ergonome à savoir, le contrôle - rappel des consignes -, l'aide (régulation) voire la récolte (récupération), et la préparation (anticipation).

Durant ces deux étapes, la communication entre l'ergonome et les agriculteurs s'est ouverte, avec comme vecteur, comme support, les chroniques et les graphes d'actions de l'ergonome et du groupe. Leur utilisation a favorisé à la fois l'expression d'enjeux pour les agriculteurs et apporté des éléments de réponse à ces enjeux. Ces réponses se sont construites dans la pratique de l'observation et de l'analyse du travail.

Ce que le groupe en a retiré

Les chroniques d'activité

Pour le groupe, les chroniques d'activité constituent un outil de recueil de données intéressant permettant de comparer les tâches prévues et les tâches effectivement réalisées afin de mieux contrôler le travail (écart avec les consignes).

Mais aussi, cette mise en situation participe à l'apprentissage d'une autre façon de voir le travail :
«quand on observe, tout s'accélèr « ;
«il est préférable que la personne qui réalise ces enregistrements ne soit pas juge et partie» mais équidistante entre le(s) salarié(s) et le chef d'exploitation.

Sur la base de cette expérience et de ces constats, l'ergonome souligne d'autres intérêts d'un tel outil pour l'agriculteur :
• prendre conscience et faire prendre conscience du contenu réel du travail de chef d'équipe,
• analyser les raisons de l'écart entre le prescrit et le réel pour identifier les sources de variabilité,
• analyser ses choix (en matière de répartition des tâches et d'organisation du temps de travail par exemple), les modifier,
• communiquer avec ses salariés.

Des éléments de réponse aux questions de départ…

Les agriculteurs ont pris conscience dans cette démarche que le travail d'encadrement des équipes, dans un chantier, ne consiste pas seulement à faire appliquer les consignes

et à contrôler le résultat, mais aussi (et surtout) à anticiper le déroulement du chantier et à résoudre des problèmes variés.
L'activité du chef d'équipe (le contenu du métier) est ainsi apparue, dans le difficile exercice de l'observation et de la retranscription des données d'observation, bien plus complexe que la fiche de poste.

Le partage de l'activité du chef d'équipe en une composante «aide à la cueillette» (régulation), une composante «contrôle et rappel des consignes» et une composante «anticipation» a amené le groupe à considérer qu'être à la fois tractoriste et chef d'équipe ne va pas de soi.
Outre ce profil, les chefs d'exploitation ont senti, en formalisant les données, qu'ils devaient laisser des marges de manœuvre (du temps en particulier) à leurs chefs d'équipe pour faire face à des situations diverses :
• gérer aléas et dysfonctionnements ainsi que leurs conséquences,
• gérer l'ambiance de travail,
• former le personnel nouveau.

Les chefs d'équipe doivent ainsi être suffisamment détachés de la production pour pouvoir prendre le relai.

…Et d'autres questions

• Quelle organisation du chantier pour optimiser la fonction ?
• Quel positionnement du chef d'exploitation ?
  dans l'organisation des chantiers
  dans la gestion des chantiers (anticiper, synchroniser, ré-organiser)
  dans la gestion des ressources humaines.

Des pistes d'action

Le bilan de ce travail a servi pour préparer la saison à venir.

Les pistes d'action ont porté sur des ajustements ou des modifications de l'organisation des chantiers et de l'encadrement des équipes que chaque participant pourra expérimenter dans son exploitation.
Par exemples :
- grille, fiche, modèle de la fonction de chef d'équipe pour l'exploitant agricole,
- pistes pour la formation de chef d'équipe, etc.

A ce propos, et je terminerai ainsi mon incursion dans le milieu agricole, la formation des chefs d'équipe (salariés saisonniers pour la plupart) montre qu' «une communication peut en cacher une autre «.
En effet, du côté des agriculteurs, la demande de formation exprimée relève de la quadrature du cercle : «être un saisonnier expérimenté «, «avoir une vue globale du chantier en ayant la maîtrise du détail».
Répondre à cette demande, c'est pour le formateur d'une part communiquer avec les agriculteurs et d'autre part «communiquer de l'expérience» aux futurs chefs d'équipe. Malheureusement les programmes de formation existant en la matière s'inscrivent peu dans cette optique : ils ont surtout pour objectif d'apprendre au chef d'équipe à communiquer…

Quel message faire passer auprès des organismes de formation concernant les stages de chef d'équipe ?
Les observations du travail de chef d'équipe et l'analyse de leur activité ont permis de préciser les attentes du groupe en matière de compétences d'encadrement : savoir communiquer mais aussi …savoir anticiper, savoir contrôler le travail et rappeler les consignes, savoir aider à la cueillette, savoir gérer les aléas et les dysfonctionnements (essayer de résoudre le problème - avertir et rendre compte - être réactif), savoir gérer l'ambiance de travail, etc.
Les «techniques d'encadrement» semblent davantage relever de l'anticipation du déroulement d'un chantier et de la résolution de problème que de la communication.

L'alternative, ou plutôt la complémentarité que l'on peut proposer pour répondre à la demande est une formation visant à « mettre en situation « le futur chef d'équipe à l'aide de scénarios issus des chroniques et des graphes d'actions évoqués précédemment comme par exemples «préparer une fin de chantier», «organiser une pause», «réorganiser le chantier suite à un aléa» (absence d'une personne, matériel en panne). Il s'agit de «mettre en scène» le chef d'équipe dans l'objectif de lui faire manipuler et acquérir des «outils», des modes de raisonnement, pour développer son activité d'anticipation et de résolution de problème, pour l'aider à faire face à différentes situations pouvant se rencontrer, pour l'aider à acquérir rapidement, une fois qu'il sera embauché, une expérience des chantiers de récolte.
Il s'agit encore une fois de placer la mise en scène, la «mise en situation» au centre de la communication.

«Quand les blanchisseurs communiquent avec les Cram pour s'intéresser à " l'OMO" travail

Serge PARISOT
Cram Nord Picardie, service prévention
11, Allée Vauban
59 661 VILLENEUVE D'ASCQ Cedex
Tel : 03 20 05 64 84
Fax : 03 20 05 79 30

Bernard JANNIN
Cram Nord Est, service prévention
BP 402
51 064 REIMS Cedex
ou
54 073 NANCY Cedex
Tel : 03 26 84 41 57
Fax : 03 26 84 41 58
E-mail : bernard.jannin@cram-nordest.fr

Mots-clés :
blanchisseries, cahier des charges, communication, conception, Cram

Résumé :

Lors du projet de reconstruction d'une blanchisserie industrielle, le médecin du travail de l'entreprise s'entoure des compétences des préventeurs de la Cram pour que l'intégration de la prévention des risques professionnels soit faite le plus en amont possible du projet, dès la phase de conception.
Divers supports, entre autres, le cahier des charges des concepteurs, qui sont les futurs exploitants, servent de base pour échanger entre l'entreprise et la Cram.
Au cours de l'intervention, la communication passe «bien», l'entreprise demande une étude pour une autre unité située dans la circonscription d'une autre Cram et où des problèmes connexes sont identifiés.
Ces deux études d'ergonomes éclairent l'entreprise, l'amènent à prendre en compte les contraintes du travail réel et à les réduire en agissant sur l'organisation, les choix techniques et la formation du personnel.

LA DEMANDE

L'origine de la demande

Le médecin du travail est informé par l'entreprise, une blanchisserie industrielle privée, du projet de construction de nouveaux locaux, en zone industrielle à une vingtaine de kilomètres, en remplacement de ceux, vétustes, située dans l'enceinte du centre hospitalier spécialisé.
Par un appel téléphoné, elle demande au chef du Service Prévention qu'elle connaît personnellement, l'aide de la Cram pour que la prévention des risques professionnels soit intégrée dès la conception des futurs lieux de travail. Sa connaissance du vécu de l'entreprise en matière de risques liés à l'activité justifie sa demande.

La réponse de la Cram

D'ordinaire, la demande aurait transité jusqu'à l'Ingénieur conseil ou au Contrôleur de sécurité chargé du suivi de l'entreprise pour action. Mais ici, pour des raisons internes au Service, temporairement, c'est un ergonome, ancien Contrôleur, qui suit l'entreprise. La demande lui est donc transmise.
La démarche qu'il met en œuvre pour traiter cette question est spécifique, elle repose d'abord sur la **mobilisation** de tous les acteurs concernés par le projet avant de conduire des **investigations** dont les résultats viseront à engager l'entreprise dans un processus de **maîtrise** de ses risques professionnels d'exploitation.
Parallèlement, la sécurité et les conditions de travail des salariés affectés au chantier de construction du bâtiment ainsi que les risques liés aux « interventions ultérieures sur l'ouvrage» seront suivis par le futur Contrôleur de sécurité de l'entreprise et dont l'activité BTP était jusqu'alors la spécialité.
La réponse de la Cram est donc double :

- au niveau des salariés de la blanchisserie, pour leurs futures sécurité et conditions de travail,
- au niveau des salariés des entreprises de construction des bâtiments et installations.

Les deux intervenants Cram devront communiquer au cours de leurs interventions différentes mais complémentaires pour mener à bien leurs missions. Or, on n'aborde pas les questions de travail sur échafaudage où les risques aigus menacent en permanence les opérateurs avec les mêmes termes que ceux utilisés lors de la conception du logiciel du futur tunnel de lavage ou du pressage des «galette « de linge et de leurs répercussions futures probables sur la santé des opérateurs ! Ni avec la même logique. Il faut donc composer.

Les nombreuses années d'expériences de terrain du Contrôleur lui permettent d'effectuer des raccourcis lors de ses échanges avec les gens de chantier. Les problèmes semblent déjà connus de part et d'autre. Les solutions aussi. Ils ne tergiversent pas. Il s'agit de ne pas passer pour quelqu'un d'hésitant. Le contact est rude. Le temps est compté. Ici comme sur tous les chantiers, plus rien n'est urgent, tout est en retard. La mise en place de moyens de protection est vécue comme consommatrice de temps. «A bien sûr, si l'on avait eu le

temps de s'organiser…»
Avec le médecin du travail, le contact est direct aussi mais plus feutré. L'ergonome, dont l'action va s'intégrer dans le temps, lui demande de dresser un inventaire exhaustif des accidents connus, des plaintes et douleurs dont les salariés de la blanchisserie lui ont fait part au cours des années passées. La bonne connaissance du milieu sur le plan événementiel est capitale lorsque l'on prétend engager une entreprise dans une démarche de prévention.
Cet inventaire sera affiné par une étude des pathologies au niveau du membre supérieur et du rachis par exploration des dossiers médicaux. Le tout étant rendu anonyme évidemment. Secret professionnel oblige !
Le bilan est sans appel, au cours des deux dernières années et pour une trentaine de salariés affectés à la production, vingt et une pathologies du membre supérieur et du rachis sont dénombrées. Le compte rendu du médecin du travail se termine ainsi : « *A remarquer que les membres inférieurs (chevilles, genoux) et le thorax peuvent être le siège de traumatismes (entorses de la cheville par glissade dans la zone des lavoirs, gonalgies dues à la fermeture des machines à l'aide des genoux) le plus souvent engendrés par les mauvaises conditions de travail (locaux exigus et matériel défectueux).*"
La situation est critique.
Cependant, pour engager l'entreprise à collaborer, le contexte pourrait sembler fort peu propice à l'intrusion de représentants de la Sécurité Sociale, marquée, faut-il le rappeler par des décennies de déficit «danaïdie «…
En effet, le projet prévoit des créations d'emploi liées à une augmentation de l'activité ce qui est un événement dans ce chef lieu de canton lorrain et pourrait conférer légitimité et « infaillibilité « aux responsables du projet (PDG et Directeur technique).

LE CONTEXTE

Une sensibilité affichée à l'hygiène, à la sécurité et aux conditions de travail

Dans le cas présent, il se trouve que l'entreprise est convaincue que la réussite de son projet repose également sur l'intégration de la prévention des risques professionnels.
Les préventeurs arrivent à point nommé !
Par la suite, montrant son écoute des interlocuteurs internes et externes, l'entreprise publie des articles dans la presse professionnelle (1). Le directeur en charge de l'actuel projet mentionne : «*Nous avons recherché le système qui nous permettait de répondre au cahier des charges rigoureux : maîtrise du process de fabrication, traçabilité et gestion du temps, sécurité des personnes, maîtrise des coûts « et enfin, «La prévention intéresse autant l'entreprise que le salarié*».

Des échanges à partir du cahier des charges

La direction de l'entreprise est sensible aux conséquences du constat médical.
Un cahier des charges pour le process existe. Y figurent des recommandations issues de l'expérience qu'ont les gens de l'entreprise de l'exploitation d'un autre établissement, le siège social, situé en Picardie. L'établissement concerné par le projet est situé, lui, en Lorraine. L'entreprise n'hésite pas à accéder à la demande de l'ergonome de la Cram en lui confiant le cahier des charges des nouvelles installations.

A la lecture de ce cahier des charges, l'ergonome interroge le Directeur technique en

(1) Entretien magazine n°97 et 99 de 1998

charge du projet sur un certain nombre de points concernant par exemple : les conditions de transport et de tri du linge sale en sacs, les quantités traitées par jour et par opérateur, le nombre de reprises manuelles, les conditions physiques du travail telles que le bruit, l'humidité, la chaleur. Ce que compte faire l'entreprise pour rendre le travail le moins monotone et le moins répétitif possible, permettre les initiatives. Comment réduire les risques infectieux et chimiques ? Quelle prise en compte des variables anthropométriques des salariés ? Pourront-ils changer de postes, changer de postures (de debout à assis par exemple), adapter les cadences à leurs capacités ?

Autant de questions que l'entreprise ne s'était pas naturellement posées mais qui prennent immédiatement du sens. De ce fait, l'échange se situe dans un cadre partenarial et de confiance. Travailler ensemble sur un même document montre qu'on est du «même bord», en l'occurrence celui du travail par opposition à celui de la réglementation tatillonne.

Une reconnaissance mutuelle

Mais pour échanger avec efficience, encore faut-il que les deux interlocuteurs «soient sur la même longueur d'onde» c'est à dire qu'ils connaissent et reconnaissent leur niveau d'instruction réciproque sur le sujet. Si, au commencement de la collaboration, cette condition n'est pas absolument indispensable à la réussite du projet, elle en facilite néanmoins la réalisation.

Et le sujet en question est le travail actuel et futur des opératrices et opérateurs de la blanchisserie.

L'entreprise a sur ce plan montré que ce thème la préoccupe : les opérateurs expriment ça et là leur crainte quant à l'inconnu qui les attend sur le nouveau site de production, et la direction répond par un audit «*préalable au transfert d'activité d'un site à l'autre*» effectué par un consultant externe à l'entreprise et dont l'objectif vise à recenser les facteurs de blocage et les éléments qui pourraient influencer la réussite du transfert d'activité.
Cet audit se passe sous forme d'entretiens de groupe, opérateurs et encadrement, hors de leur contexte professionnel «*en veillant particulièrement à la libre expression des participants*».
La restitution est structurée sous forme d'éléments «*significatifs*» classés en trois groupes : les attentes, les craintes et les propositions.
L'ensemble de ces dispositions prises par l'entreprise, cahier des charges et audit donnent confiance à la Cram. Le Contrôleur et l'ergonome se rendent compte que leurs propos sont entendus, écoutés et compris de l'entreprise.
Bien des conditions requises semblent être réunies pour «*rentabiliser*» une intervention de type ergonomique. Peut être est-il utile de rappeler que les interventions des Agents de la Cram sont «*déjà payées*» au moyen des cotisations versées par les entreprises (à l'URSSAF) mais la circonscription de la Cram en question compte 70000 entreprises et deux ergonomes ! Il s'agit de ne pas se disperser !

L'intervenant Cram, (comme tout intervenant extérieur à l'entreprise), a besoin d'être reconnu pour y passer le moins de temps possible, encore faut-il au préalable être accepté. Et pour se faire accepter, il s'agit d'être «au niveau» sur le plan technique, thème prépondérant pour les responsables du projet. Aussi, l'ergonome Cram échange avec la direction au moyen d'un document récent (quelques mois au moment de l'intervention) dans lequel il est question d'évolution des missions des blanchisseries d'une part et de

(2) A. AUBLET-CUVELIER. *Inrs note scientifique et technique* «Evaluation des facteurs de risques directs et indirects des TMS dans une blanchisserie hospitalière» août 1997.

conditions de travail d'autre part. (2)

DES RÉFÉRENCES COMMUNES

L'appui sur des connaissances scientifiques

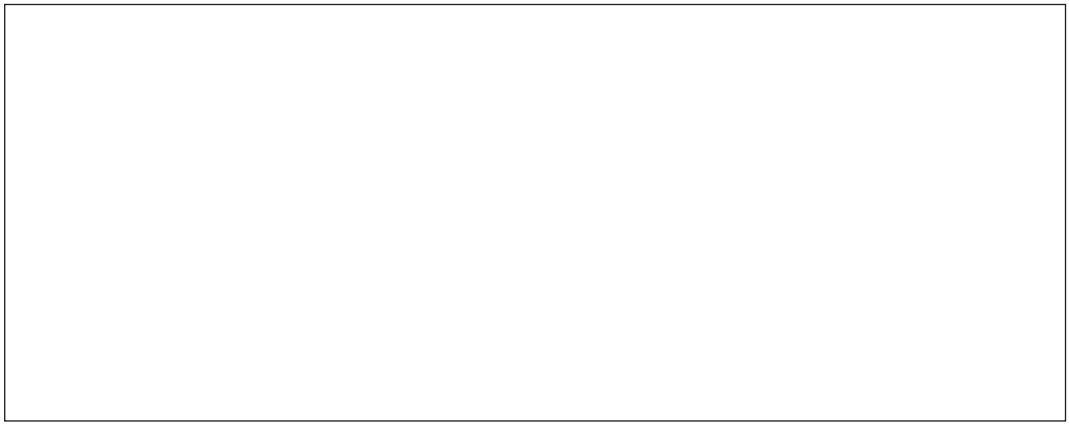
L'auteur se livre, au début de l'ouvrage, à une revue de la bibliographie où apparaît, entre autres points, sur la base d'informations extraites d'articles issus de deux revues professionnelles de l'entretien textile (3), une évolution du statut des blanchisseries hospitalières publiques vers un statut de droit privé avec ouverture à la concurrence, ce qui est exactement le cas ici.

En outre, la synthèse bibliographique porte sur le bilan des conditions de travail en blanchisseries sur le plan de l'organisation du travail et des évolutions technologiques, des risques spécifiques liés au travail en blanchisserie hospitalière, des ambiances physique, sonore et thermique, ainsi que des facteurs de risques de troubles musculosquelettiques.

Par ailleurs, l'étude tente de mettre en évidence les liens qui existent entre les facteurs de risques psychosociaux et les facteurs de risques biomécaniques. Elle s'inscrit dans une démarche ergonomique.

La communication «passe bien» à partir de ce document de travail considéré comme recevable par les deux parties, entreprise et Cram, et où chacun se retrouve. Il servira de fil conducteur tout au long de leur collaboration. L'entreprise reconnaît une capacité de l'Institution Prévention, (Cram-Inrs), à analyser la situation générale de sa profession. On peut penser que c'est grâce à cela que l'entreprise s'est engagée véritablement dans une démarche structurée avec la Cram, les différentes étapes lui apparaissant aussi assez clairement posées. La première, dite «de **mobilisation»,** peut ainsi être réalisée.

Les échanges entre ergonome et opérateurs seront facilités, en particulier, par l'utilisation de graphes schématisant le processus de transfert (4) du linge de point en point, selon sa nature et les opérations à effectuer. Cette façon de procéder dans l'analyse du travail aide



à en détecter les phases critiques.

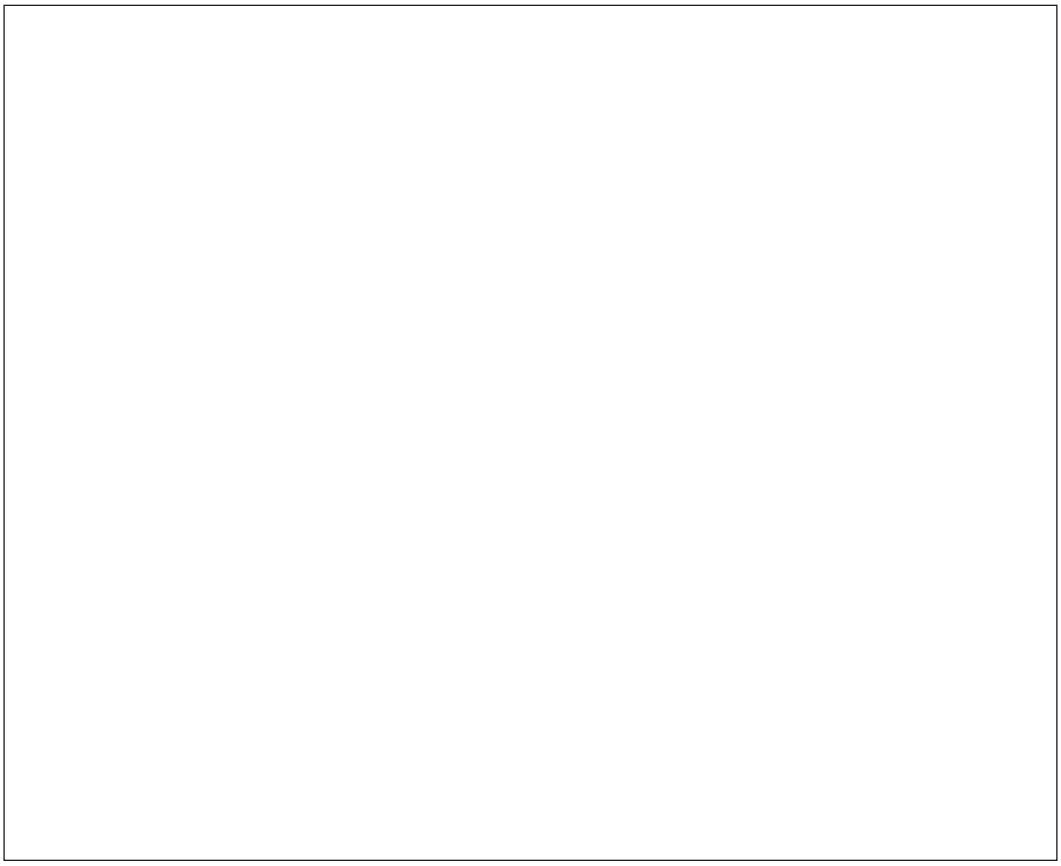
Schématisation du processus de transfert

Ce mode de représentation graphique étant validé dans l'entreprise, le même principe de schématisation est utilisé manuellement par l'ergonome afin de s'assurer auprès de

(3) «Entretien magazine» et «Blanchisseries»

(4) A. AUBLET-CUVELIER, *Inrs note scientifique et technique* «Evaluation des facteurs de risques directs et indirects des TMS dans une blanchisserie hospitalière» août 1997 pages 24 à 39

l'agent de maîtrise qu'il, (l'ergonome), a bien perçu les différents circuits du linge dans l'entreprise ainsi que le travail des opérateurs.



Schématisation manuelle du processus de transfert

S'en suivent des échanges entre le responsable du projet, le médecin du travail et la Cram au sujet de nouvelles préoccupations portant sur le risque infectieux, succinctement développé dans l'ouvrage de référence, sur des données techniques normalisées ou réglementées telles que l'éclairage, la température et l'hygrométrie des locaux (5), les limites au port manuel de charges (6), la circulation interne et externe aux locaux de l'entreprise (7)…

Ainsi, le questionneur devient questionné, non pas «arrosé» de questions, mais cependant, le responsable du projet devient prolixe.

Ce sera pour lui l'occasion de conforter l'hypothèse selon laquelle le métier de blanchisseur n'est pas le seul à évoluer.

(5) Conception des lieux de travail Inrs 1997

(6) Méthode d'analyse des manutentions manuelles Inrs 1994

Des métiers qui évoluent

Si la mission des services de prévention des Cram «*développer et coordonner la prévention des risques professionnels*», est identique à celle de ses origines, les moyens quant à eux ont évolué.
Après la deuxième guerre mondiale, les Agents de prévention des Cram ont pour action principale, dans les ateliers, de contribuer à la protection des salariés exposés à des organes dangereux des machines et matériels ; c'est l'époque de la «cartérisation».
Cette étape révolue, le préventeur sensibilise et informe les partenaires de l'entreprise aux principes de la prévention des risques professionnels. Il conçoit et organise des actions de formation à la détection des risques à posteriori par l'analyse des accidents dont le concept est d'origine multicausale.
Depuis, dans la dernière décennie de ce millénaire, l'approche globale, participative et pluridisciplinaire se vulgarise, elle quitte les salons «feutrés» des laboratoires de recherche pour se confronter au réel du travail en entreprise, à ce qui résiste !
Des ergonomes assistent les techniciens dans leurs interventions en entreprises.
L'entreprise découvre alors de nouvelles voies de partenariat où les seuls aspects technico-réglementaires (uniques identifiant connus jusqu'alors) disparaissent bien vite au profit de moyens plus gratifiants tels que : ergonomie, accompagnement de projet sous l'angle technique et financier, formation action...
Quelques transparents projetés dans le bureau du chef d'atelier tenant lieu de salle de réunion finiront de fixer visuellement les rôle, mission et moyens de la Cram.
Posséder un savoir-faire n'est pas suffisant. Le faire savoir est capital pour être efficient.

LES MOYENS

Les choix d'investigations

Les locaux et matériels sont vétustes et même en mauvais état, nous l'avons dit. Nous disposons d'un peu moins de six mois avant le déménagement de l'usine dans ses nouveaux locaux. Le temps presse.

Les points sur lesquels porteront nos investigations seront choisis selon plusieurs critères apparaissant après corrélation des entretiens avec le personnel, la maîtrise, la direction et la médecine du travail.

Il s'avère ainsi nécessaire d'analyser le travail sur les machines qui seront transférées sur le nouveau site, (machine à laver MILNOR et train de calandrage JENSEN) (8) d'étudier les facteurs de risques au niveau de l'organisation du travail.

Le contenu du document de référence nous permet d'économiser des investigations de mesurages laborieux puisque la situation étudiée est en de nombreux points semblable à celle-ci. De ce fait, il n'a pas été jugé utile d'effectuer des mesurages autres que dimensionnels compte tenu, d'une part du contexte de relative urgence quant au délais requis de remise des conclusions à l'entreprise et, d'autre part, de la lourdeur que la mise en œuvre des mesurages biomécaniques requiert.

(8) B. JANNIN Intervention ergonomique en blanchisserie industrielle 1998

Un outil appelé OREGE (9)

Le bilan médical d'abord, l'analyse du travail ensuite révèlent l'existence du risque de troubles musculosquelettiques (TMS) sur les postes étudiés. L'outil de repérage et d'évaluation de la gestuelle, (OREGE), en termes de facteurs biomécaniques : répétitivité, effort, amplitude articulaire est un des outils que l'ergonome utilise dans la démarche de prévention des TMS du membre supérieur.
L'objectif de cet outil est de déterminer si les gestes de travail entraînent ou non un risque de TMS. Les facteurs biomécaniques d'effort et de répétitivité sont évalués doublement : par l'ergonome et par l'opérateur au moyen d'échelles d'auto évaluation. Les amplitudes articulaires sont évaluées sur la base de valeurs limites en projet de normalisation européenne. Le résultat, sous forme de tableau de synthèse détermine les actions les plus à risque et définit les transformations du travail à entreprendre.

Des photos, croquis sans appel

Sur le terrain, si l'appareil photo numérique ne restitue qu'une image figée du travail, en revanche, il permet de visualiser quasi instantanément le geste ou la posture qui a retenu l'attention de l'ergonome. Aussitôt, la confrontation avec l'opérateur va permettre d'en quantifier l'amplitude, d'en chiffrer la répétitivité et même d'apprécier l'intensité de l'effort produit. Ainsi, les facteurs de risques biomécaniques apparaissent de façon concrète.
Les commentaires associés de l'opérateur donneront le poids qui convient à cette recherche d'estimation du risque, de pistes de solutions à envisager.

Des conditions de communication «*spartiates*»

Une fois les premières investigations réalisées sur les postes retenus, l'ergonome en restitue les résultats à l'entreprise.
Quand les conditions de communication extérieures sont favorables, à l'abri des perturbations physiques qui seraient présentes sur un chantier ou dans un atelier, elles ne créent pas ou peu d'astreinte sur les interlocuteurs. Chacun peut alors se concentrer sur le message à transmettre ou à recevoir, sur les attitudes, comportement de l'autre.
Quand, dans les conditions de son travail, l'ergonome s'entretient avec les opérateurs à leur poste de travail exposés au bruit, on peut le voir échanger aussi par gestes ou au moyen de croquis. La compréhension franchit même la barrière de la langue. La forme permet au fond de passer. Communiquer, c'est posséder l'art de valoriser le contenu par le contenant (10).

Ici, en l'occurrence, les conditions de communication ne sont pas optimum (pas plus que les autres conditions d'ailleurs).
Le seul lieu capable de contenir une dizaine de personnes, c'est le bureau de l'agent de maîtrise tenant lieu accessoirement de salle de repos, voire de repas !
La validation de certaines hypothèses ainsi que la discussion des premières pistes de prévention requièrent une mise en commun que l'ergonome a prévues par projection

(9) INRS 1999

(10) J.C. MARTIN. Le guide de la communication Ed Marabout 1999

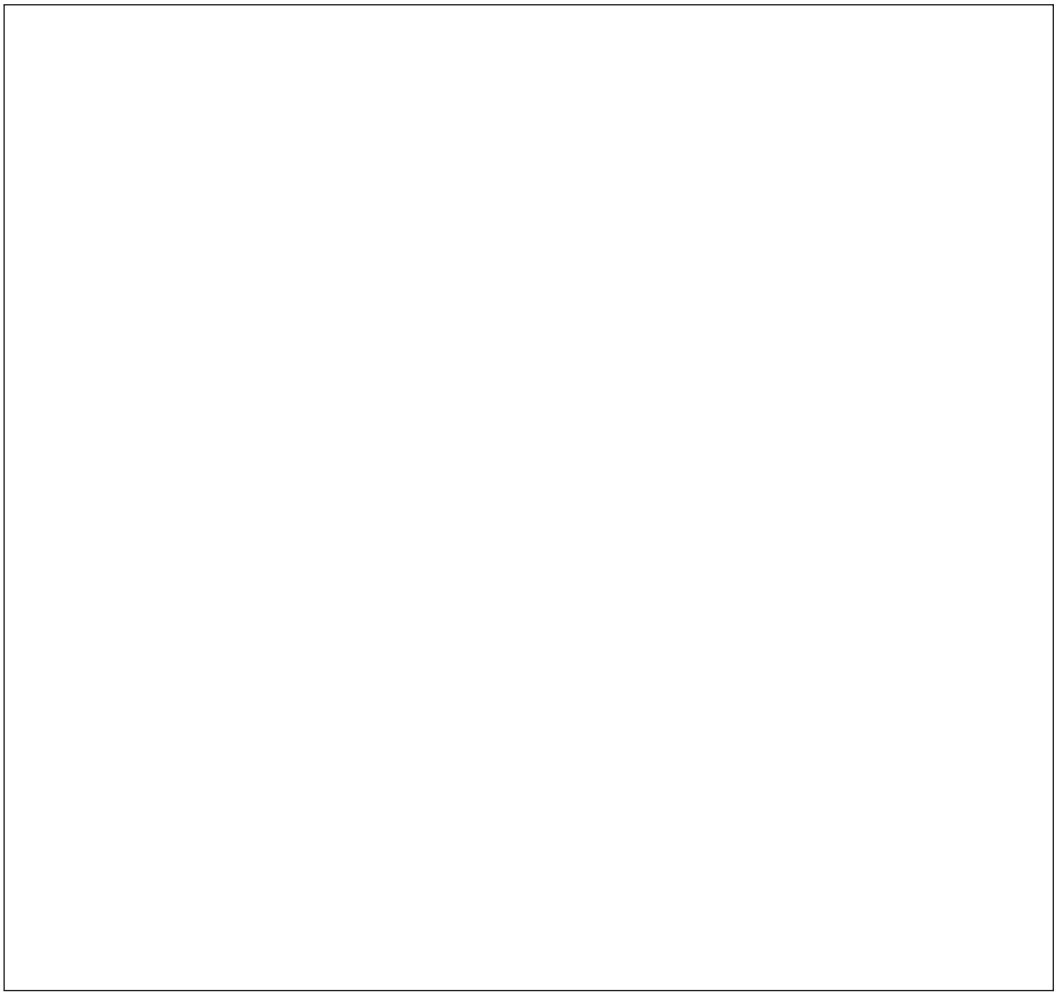


Figure 3 : L'activité physique des opérateurs à l'engagement sur train JENSEN
Bras en élévation au-dessus de la tête

visuelle. Cette projection dût elle être réalisée – exiguïté des locaux oblige – au mépris des plus élémentaires règles de communication figurant dans le manuel d'utilisation du rétroprojecteur.
L'image est déformée, le contraste insuffisant. Le drap blanc (cet article ne manque pas ici) fixé sommairement au mur pour éviter les reflets menace de tomber chaque fois qu'une personne non prévenue de la *«conférence»* ouvre et referme rapidement la porte en s'excusant du dérangement. La salle est surchargée, la température estivale ajoutée à l'enchevêtrement des jambes dans les pieds de chaises vous rappellent qu'on approche de la fin de l'après midi. La concentration en vapeur d'eau dans l'atmosphère varie inversement proportionnellement avec la concentration mentale.
Qu'à cela ne tienne, la raison l'emporte sur les conditions de travail.

Cette restitution incite l'entreprise à demander une intervention complémentaire destinée à prévenir les risques d'atteinte à la santé sur des postes de travail situés dans son établissement de Picardie. Cette intervention serait assurée par l'ergonome de la Cram

concernée.

Quand les Cram communiquent entre elles :

A partir de cette demande, les préventeurs des deux Cram communiquent (téléphoniquement) puis, respectant le protocole institutionnel où les échanges de courriers de chef à chef constituent le minimum préalable, se retrouvent en Picardie afin d'analyser le bien-fondé de la demande. Ils délivrent des informations destinées à créer les meilleures conditions d'intervention possibles : caractéristiques du milieu, type d'organisation, de management de l'entreprise…
Deux postes de travail sont retenus en raison des plaintes exprimées par les opérateurs : chaleur, douleurs dorsolombaires et cervicales…
Il s'agit de situations de travail sur calendre qui sont étudiées par la *Cellule ergonomie* pour l'analyse du travail et par le *Centre de mesures physiques* pour l'évaluation des ambiances physiques.

Les outils tant physiques que méthodologiques utilisés par l'un et l'autre ergonome des deux Cram sont différents mais complémentaires : l'ordinateur et ses périphériques numériques pour l'un qui ne supplantent en rien les yeux, papiers et crayon de l'autre. Les méthodes d'analyse des manutentions, croquis, graphes et normes utilisés par chacun d'eux sont inspirés de sources composites mais validés.
Ils cherchent tous deux par leurs pratiques à favoriser la compréhension des phénomènes ainsi qu'à en faciliter la restitution à leurs interlocuteurs. Ils comparent leurs outils et en apprécient l'originalité réciproque.
Par exemple, la figure 4 tracée manuellement par l'ergonome *Nord Picard* montre sensiblement ce qu'aurait montré une photo (cf. figure 3).

La description de l'activité physique posturale de l'opératrice à la prise des articles dans le bac de la calandre a permis de construire des hypothèses de travail et d'identifier les déterminants de l'activité sur lesquels l'entreprise pourra rechercher des actions à mener pour en réduire les contraintes (11).
Les hypothèses ont été validées à l'aide d'outils simples (des observables) :

- méthode des flux pour les manutentions manuelles
- chronique des actions
- analyse des déplacements
- description des postures

CONCLUSION

Pour que dynamique rime avec continuité…

L'entreprise se trouve engagée dans une dynamique de croissance. Elle a compris que son intérêt passe par la considération des Hommes. Elle vient d'ailleurs d'embaucher une responsable des ressources humaines.
Suite aux préconisations des préventeurs, des actions de formation pour le personnel ont été réalisées, d'autres sont programmées, des aménagements matériels sont en cours…
Les objectifs de départ : améliorer la sécurité et les conditions de travail sont en passe d'être atteints. C'est ainsi que l'entreprise tendra vers ce qui peut être appelé *la maîtrise*

(11) Serge PARISOT. L'activité des opératrices sur calandre petits plats» 2000

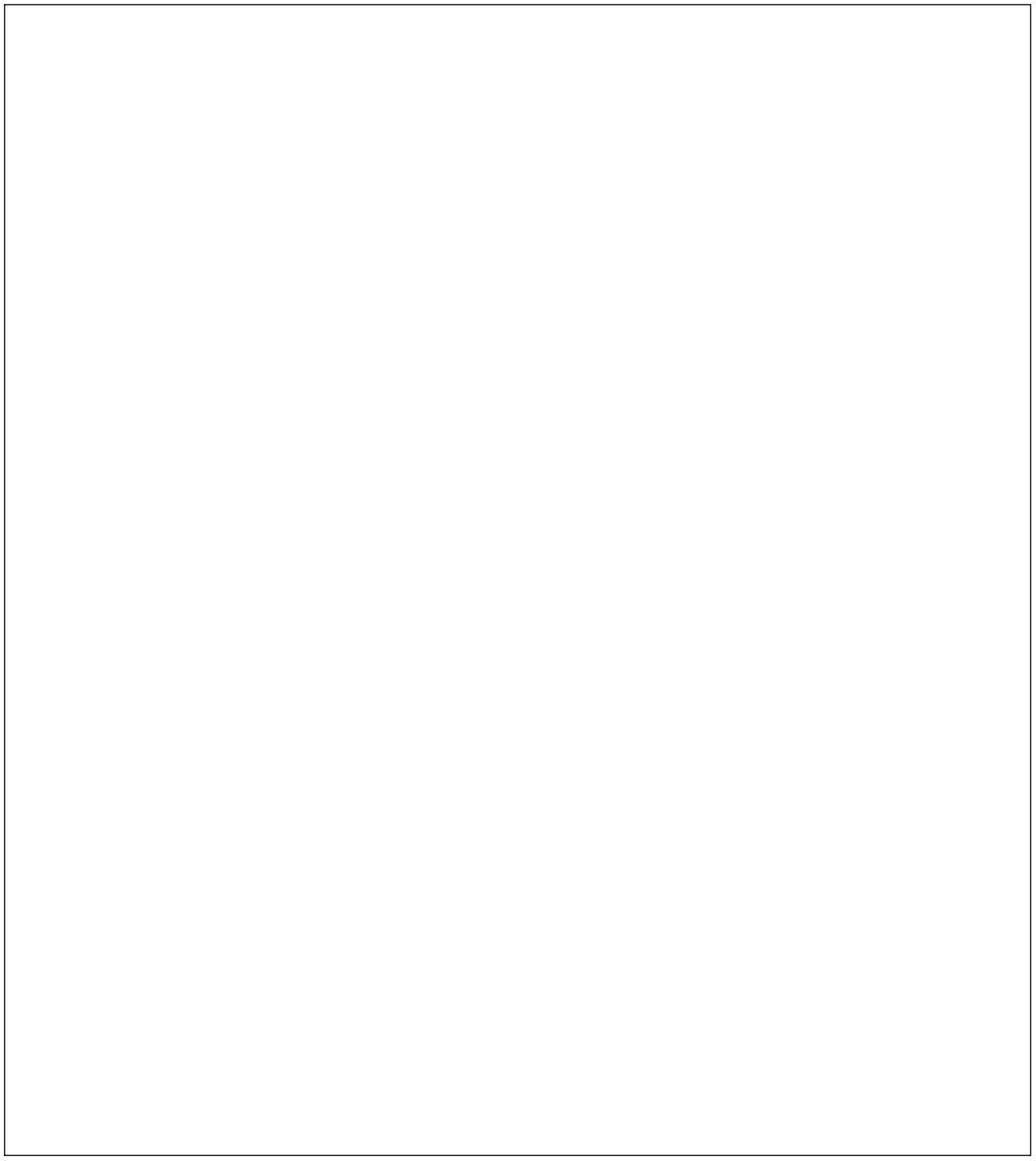


Figure 4

du risque.

A cette construction, l'ergonomie a apporté sa pierre.

Dans les interventions ergonomiques présentées, le recours à tel ou tel moyen de communication dépend aussi bien de la complexité de la situation à observer, du niveau d'échange possible avec l'interlocuteur, que des conditions matérielles d'accueil lors des restitutions en entreprise (espace du local / taille du groupe, possibilité ou non de faire le noir...).

Le choix dépend aussi de la disponibilité du matériel de l'ergonome dont l'existence tient à des considérations budgétaires internes propres à chaque Cram et qui fixent les dotations matérielles annuelles et pluriannuelles en fonction de critères répondant à une logique non exclusivement financière et qui peut échapper à l'ergonome, fut-il besogneux.

Nota : la présentation au congrès sera illustrée de documents visuels s'appuyant sur les techniques utilisées, numérique, par l'ergonome de la Cram Nord Est, et analogique par son collègue de Nord Picardie, qui n'ont pu être insérés dans ce document pour des raisons techniques, d'encombrement…

Médecine du travail : «discipline-sœur» de l'ergonomie ? Pourquoi, quand et comment communiquer avec les médecins du travail lors de l'intervention ergonomique?

Sylvie DIMERMAN
ergonome consulant,
sente des Calpons, 95 430 Auvers / Oise

Mots-clés :
ergonomie, médecine du travail, intervention ergonomique, communication, évaluation médicale.

Résumé :
Ergonomie et médecine du travail sont proches par différents aspects : le fait d'être centrée sur l'homme, de concourir à l'amélioration des conditions de travail, en particulier. Ces points communs devraient rapprocher médecins du travail et ergonomes. Dans la réalité, il existe un certain nombre d'obstacles à leur communication. Après une analyse des difficultés, on présentera, à partir de quelques exemples, les apports spécifiques du médecin du travail dans le domaine de l'évaluation médicale, utiles à l'intervention ergonomique et à son suivi, et à la communication avec l'entreprise dans ce cadre. Il apparaît que des compétences complémentaires peuvent être mises en jeu, dans le cadre de stratégies d'intervention communes, tout particulièrement au niveau des petites et moyennes entreprises peu familiarisées avec l'ergonomie. Une meilleure connaissance mutuelle de ces acteurs, en amont de l'intervention en entreprise, faciliterait l'efficacité de leurs communications lors de celle-ci.

La question des relations entre médecine du travail et ergonomie a été abordée au dernier Congrès de la SELF, lors d'une réunion satellite, le 14 septembre 1999. La relation entre médecins du travail et ergonomes n'y a été développée que dans le cadre particulier de collaborations déjà fortement établies entre ces acteurs, au sein d'un service de médecine du travail, où l'ergonome est en quelque sorte «prestataire de service» des médecins du travail (1). Dans ces situations, la communication ne semble pas poser problème.
Qu'en est-il en dehors de cette structure ? Peut-on parler de «disciplines – sœurs» ? La communication entre ces métiers est-elle, par nature, facilitée, y a t - il des obstacles ?
Nous aborderons cette question du point de vue d'un médecin du travail ayant eu, en petites et moyennes entreprises, une pratique de plus de 10 ans influencée par une formation en ergonomie, puis l'occasion d'une collaboration avec d'autres préventeurs d'un service de prévention de CRAM , et d'un questionnement avec des ergonomes sur la relation entre ces divers métiers, enfin ayant fait le choix du métier d'ergonome.

LA MÉDECINE DU TRAVAIL, DISCIPLINE-SŒUR DE L'ERGONOMIE

La médecine du travail est, comme l'ergonomie,

- centrée sur l'homme au travail. Sa mission est la prévention et la surveillance des risques liés au travail. Elle est centrée sur l'étude des liens santé - travail.

- préoccupée d'amélioration des conditions de travail.
  C'est une des missions du médecin du travail, renforcée au fil des ans , et prenant même une place prédominante dans certains textes récents, par exemple, ceux concernant la manutention, la surveillance médicale des salariés exposés à l'amiante .

Bien sûr, il y a loin des prescriptions des textes à la réalité de l'exercice du métier, comme l'a montré une enquête sociologique présentée en 1996 aux XXIVèmes journées de médecine du travail dont un thème portait sur le métier de médecin du travail (2). Mais les questions européennes (*Directive Européenne du 12 juin 1989*) incitent les médecins du travail et les préventeurs à une analyse critique de leurs pratiques.

La pratique du médecin du travail s'appuie sur le diagnostic médical, mais comme celle de l'ergonome, elle utilise aussi l'analyse de l'activité . Le dialogue, lors du colloque singulier avec le salarié guide le médecin dans le choix des priorités d'actions à mener dans le cadre du « tiers-temps « en milieu de travail.
Il y a donc intrication entre la mission purement médicale, qui a pour objectif de cerner la relation santé – travail pour un sujet donné, et de donner un avis médical individuel sur « l'aptitude au poste «, et la mission de prévention primaire, qui va amener le médecin à s'interroger sur « l'aptitude du poste «, et plus largement, de la situation de travail.
Mais, comme l'ont montré certaines communications au congrès de médecine du travail déjà évoqué, si l'un des regards nourrit l'autre, les deux rôles que doit jouer simultanément le médecin du travail , semblent difficiles à concilier et équilibrer.

On ne peut entrer dans le cadre de cette intervention centrée sur la communication entre ergonomes et médecins du travail, dans l'analyse plus approfondie de ce qui, dans les conditions de travail de ces derniers, gêne le passage de l'action individuelle (et tournée vers le sujet du colloque singulier) à l'action collective. Mais, de ce fait, un certain nombre de médecins éprouvent le besoin de renforcer leur capacité à agir sur le milieu de travail : à travers des formations complémentaires.
Dans l'enquête menée en 1996 (F.Piotet (2)), ils sont nombreux à estimer que leur formation initiale les prépare mal (36%) ou seulement «assez bien» (57%) à leur métier, et à avoir une forte demande en formation continue. Leur formation médicale leur semble avoir des limites quant il s'agit de l'action collective sur le milieu de travail.

C'est souvent après quelques années de pratique, que certains d'entre eux perçoivent que ce qui leur manque pour cette partie de leur activité n'est pas de nature purement « technique «: l'apport de connaissances sur l'entreprise et ses acteurs reste, à leurs yeux, trop théorique. Le médecin du travail est formé en tant qu'expert en santé au travail, mais moins bien, leur semble-t-il, en tant qu'acteur social ayant à travailler avec les autres.
Or, obtenir des améliorations concrètes des conditions de travail passe par là. C'est, pour le médecin du travail, une démarche aussi nécessaire à la santé que la prescription thérapeutique l'est au médecin traitant.

La formation en ergonomie est la première formation complémentaire recherchée.

Les résultats de l'enquête d'opinion réalisée auprès de médecins du travail d'Ile de France (annexe 1), sont concordants sur ce point avec ceux de l'étude déjà citée (2), ainsi que ceux de C.Raux-Pompilio(3). Parmi les bénéfices qu'ils estiment retirer de leur formation en ergonomie, les médecins citent l'amélioration de la capacité à l'analyse du travail et des risques, mais également l'apport méthodologique utile à l'analyse du contexte de l'entreprise et du rôle des acteurs, qui semble les aider dans leur apprentissage «sur le ta « de leur propre rôle d'acteur ou incitateur aux changements favorables à la santé et l'amélioration des conditions de travail («plus d'argumentaire auprès des employeurs, plus de facilité à proposer des solutions»).

CES POINTS COMMUNS DEVRAIENT RAPPROCHER MÉDECINE DU TRAVAIL ET ERGONOMIE. QU'EN EST-IL DANS LA RÉALITÉ ?

• Nous l'avons vu, une majorité de médecins du travail éprouve le besoin d'une formation en ergonomie pour l'action collective en milieu de travail.

• **Qu'en est-il des occasions de travail en commun avec des ergonomes ?**

Malgré quelques éléments qui indiquent une certaine volonté de travailler avec des ergonomes (3), et quelques expériences de coopérations rapportées au XXXIVème Congrès de la SELF (4), ou lors des XXIVèmes Journées de Médecine du travail (6), il apparaît surtout qu'en dehors des grandes entreprises où ils se rencontrent parfois, médecins du travail et ergonomes se fréquentent assez peu dans le suivi des petites et moyennes entreprises (90% des entreprises françaises), sauf exceptions, et donc se connaissent assez mal.

Certes, le nombre de médecins disant travailler avec des ergonomes semble relativement élevé, aussi bien dans notre enquête (47%) que celle de C.Raux (60%) (annexe 2). Mais on peut soupçonner un biais de sélection des répondants à ce questionnaire tourné vers l'ergonomie ; le profil de formation des médecins répondants dans ces deux enquêtes est différent de celui de la moyenne des médecins, tel qu'il apparaît dans l'enquête sociologique menée en 1996 sur 19 régions(2) (plus de formations lourdes que le « médecin moyen «). Dans cette étude, moins du quart d'entre eux, y compris les médecins de Services Autonomes présents dans les entreprises de plus grande taille, indiquent rencontrer des ergonomes, présents dans ces entreprises surtout. Moins de 10% d'entre eux (tous modes d'exercice confondus), indiquent participer à des groupes de travail, en dehors de leurs Services, avec des ergonomes.

• **A travers quel type d'interventions ont - ils l'occasion de connaître l'ergonomie ?**

Les interventions sont motivées le plus souvent par des troubles musculo-squelettiques du membre supérieur (TMS), des lombalgies, et des problèmes de manutention, aussi bien dans notre enquête (2/3 des cas cités) que dans celle de C.Raux.
La durée des interventions est majoritairement inférieure à 10 jours, dans ces deux enquêtes.
On peut s'en étonner, quand on connaît la problématique des TMS, et la difficulté à repérer les déterminants des facteurs de risque, et la nécessité de démarches participatives assez longues à mettre en place pour la prévention de ces pathologies.
En fait, dans notre enquête, bien que la question n'ait pas été posée de façon explicite, il apparaît souvent un problème individuel d'aptitude (signalé spontanément 13 fois sur 31) : un aménage-

ment de poste est alors envisagé, avec l'aide d'un ergonome, pour permettre le maintien au poste du salarié. Les médecins du travail sont en effet de plus en plus fortement impliqués dans les Programmes Départementaux d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH).

A partir de ces observations, on peut donc supposer que les interventions les plus courantes sur les problèmes de TMS et lombalgies sont centrées essentiellement sur le poste de travail, et s'intéressent d'abord aux déterminants les plus liés à l'observation du poste (aspects dimensionnels et gestuels). On peut en tout cas affirmer que la mise en place de démarches permettant d'aborder la question dans sa globalité est impossible dans un temps d'intervention aussi bref.

Quelle représentation les médecins du travail des PME ont-t-ils de l'ergonomie, et transmettent-ils éventuellement à ces PME ?

Ce point a été abordé dans notre questionnaire par trois questions ouvertes (annexe1).

Les réponses (données en annexe 2) font apparaître les tendances suivantes :

• *L'ergonomie est d'abord envisagée comme un élément dans l'approche de la santé dans l'entreprise, le plus souvent en réponse à des plaintes individuelles ou collectives (ou comme outil de la visite d'entreprise). Pour 58% des médecins, ce sont les seules circonstances imaginées. Les autres circonstances d'appel à l'ergonomie , les autres demandes possibles de l'entreprise sont plus rarement évoquées On est un peu surpris, par exemple, de ne jamais voir nommer la réduction du temps de travail. L'opportunité de changements envisagés par l'entreprise est évoquée 14 fois (nouveaux locaux, procédés, machines, transformations dans l'organisation, travaux neufs…).*

• *Les médecins du travail interrogés se présentent donc de façon unanime comme porteurs des questions de santé. Mais on distingue deux profils un peu différents : les uns plus centrés sur leur discipline médicale, et sur le poste de travail, amenés à l'ergonomie par leurs préoccupations de reclassement professionnel de salariés, les autres, plus motivés à la formation, ou plus en situation d'en obtenir, ayant sur l'ergonomie un point de vue plus large, plus riche, et une approche plus collective de l'entreprise. Si la formation est un élément qui influence ce profil, on devine que les conditions d'exercice, l'expérience passée, nuancent cette influence, en limitant parfois l'impact ou au contraire lui donnant plus de poids. Face à ces profils nuancés, les ergonomes devraient être à même d'adapter leur approche.*

POURQUOI COMMUNIQUER AVEC LES MÉDECINS DU TRAVAIL LORS DE L'INTERVENTION ERGONOMIQUE ? QUELS OBSTACLES ÉVENTUELS ?

Pour les ergonomes, un tel contact semble se justifier dès que l'intervention aborde une question ayant une implication dans le domaine de la santé. En effet, les médecins du travail se considèrent, et sont objectivement porteurs des questions santé. Ils sont détenteurs d'un certain nombre d'informations qui peuvent éclairer le diagnostic, aider à l'évaluation de la situation. Du fait de l'intrication entre leurs missions (purement médicale tournée vers l'individu, et préventive collective), ils ont un regard et des compétences spécifiques reconnues dans l'analyse de la «santé d'une entreprise « à travers la somme d'informations qu'ils accumulent sur la santé des individus et sur l'analyse de leur activité à travers les entretiens particuliers et le tiers-temps en milieu de travail.

Pavageau (5) parle même de «la cartographie de santé comme outil d'aide à la coopération et à la transformation des représentations». Ces dernières années, la montée en puissance des troubles musculo-squelettiques a donné l'occasion de découvrir des situations où le constat fait par des médecins du travail, était porté à la collectivité de travail, et suivi de demandes d'interventions ergonomiques.
De plus, le médecin du travail est le seul préventeur à avoir un contact régulier avec les petites et moyennes entreprises et à en connaître bien, dans de nombreux cas, les acteurs, la culture et l'histoire (avec des limites, celles de sa formation initiale et du temps nécessaire à cette prise d'informations et de contacts). Cette connaissance peut être un atout dans la mise en œuvre d'une démarche ergonomique, alors que l'ergonome découvre l'entreprise à l'occasion d'une mission, et n'en a pas le suivi.

Pour les médecins du travail, nous avons vu, dans notre enquête, que l'intervention ergonomique paraît la suite logique du constat médical éventuel, et il apparaîtrait donc tout naturel qu'ils accueillent favorablement, comme « outil thérapeutique «, la complémentarité du regard de l'ergonome.

Quelques situations évoquées par des médecins du travail ou des ergonomes, et certaines réponses dans notre enquête, laissent entrevoir ce qui peut faire obstacle.

• ***De la part des médecins du travail,*** *il peut y avoir le souhait d'une plus grande concertation, dans une démarche dont il ne sont pas forcément les initiateurs. Si la question santé est importante, il peut y avoir une réaction «d'expert en santé au travail», qui se sent dépossédé d'un domaine de compétence où il se sent leader. Il semble que certains d'entre eux, se sentant garants du respect de la confidence, souhaitent aussi des garanties sur la déontologie des ergonomes qu'ils ne connaissent pas, avant de partager des informations.*
A l'inverse, dans certains cas, la demande qui leur est faite de travailler à un diagnostic collectif, peut leur paraître contraignante, compte tenu de leurs conditions d'exercice du métier, s'il n'en sont pas encore là de leur démarche (profil plus centré sur l'individu).
Le médecin peut aussi, se sentir dépassé par l'action qui s'engage, limité dans sa compétence en ergonomie. Il peut redouter d'entrer dans un processus qui ne lui est pas familier, et lui semble lourd par rapport au « temps moyen « qu'il peut consacrer à une entreprise. Il peut craindre aussi que l'intervention ne soit pas capable de répondre à la demande déclenchée par le constat objectif porté à la connaissance de l'entreprise.
Dans d'autres cas, une expérience antérieure négative peut être dissuasive.

• ***De la part des ergonomes,*** *il peut y avoir des a-priori sur la médecine du travail, parfois nourris par des opinions générales défavorables que peuvent avoir certains acteurs de l'entreprise. Il peuvent, comme les médecins, avoir des craintes sur la déontologie du médecin qu'ils ne connaissent pas.*
Ils peuvent, dans certains cas, n'avoir pas perçu l'aspect santé de la question posée. Il est également possible que, n'ayant jamais eu l'occasion de travailler avec un médecin du travail, ils en ignorent le rôle et ne voient aucun intérêt à s'en rapprocher.
Si le médecin est dans une position d'expert jaloux de son domaine de compétence, l'ergonome peut avoir le sentiment que cela ne facilite pas sa tâche.
Il peut aussi, comme le médecin, avoir connu une expérience antérieure négative.

Dans tous les cas, un minimum de rapprochement entre les deux acteurs devrait se faire, pour vérifier ce qu'il en est, permettre la connaissance réciproque et le dialogue, et, dans un certain nombre de cas, éviter un malentendu et lever des jugements a-priori.

QUAND ET COMMENT COMMUNIQUER AVEC LES MÉDECINS DU TRAVAIL LORS DE L'INTERVENTION ERGONOMIQUE ?

L'initiative d'un contact par l'ergonome peut contribuer à consolider ou restaurer une confiance, qui, si elle est justifiée par les faits, aidera l'équipe chargée de prévention dans l'entreprise, à fonctionner plus efficacement. Le raisonnement peut être le même que celui que peut tenir l'ergonome vis à vis de CHSCT dont la crédibilité est faible auprès des autres acteurs de l'entreprise : contribuer à créer l'occasion de rétablir la confiance par les faits, en le sollicitant dans son rôle lors de l'intervention ergonomique, peut aider à améliorer son efficacité future.
La contre-indication à un tel contact nous semble donc exceptionnelle : doutes quant à l'éthique du médecin, étayée par des faits précis. En dehors de cette circonstance, le rapprochement sera toujours utile à l'intervention : plus ou moins « productif «, selon les situations, les réactions individuelles, mais en aucun cas négatif.
L'initiative pourrait venir du médecin du travail, dans les mêmes conditions. Encore faut-il qu'il soit informé du projet d'intervention.

La question du comment ne nous semble pas avoir de réponse unique : en fonction de l'analyse que l'ergonome fera de la position du médecin du travail dans l'entreprise, de son profil et de sa motivation, de ses possibilités temporelles d'implication (ses contraintes), il adaptera sa demande.

Voici, à titre d'illustration, deux exemples de collaboration assez différents :

Cas n°1 : Problème de TMS dans une entreprise agro-alimentaire (filière viande) .
Suite à des déclarations de maladies professionnelles, et différentes interventions auprès de la Direction de l'entreprise (Service Prévention, CHSCT, CE), une action de prévention est engagée dans l'un des établissements (300 salariés), malgré un contexte économique et social difficile.
Le médecin du travail, connaît l'entreprise depuis plusieurs années et a suivi une initiation à l'ergonomie et l'approche des TMS motivée par le problème qui s'y pose. Il a déjà alerté la Direction et le CHSCT sur l'augmentation du nombre de plaintes liées à des tendinites du membre supérieur, à partir d'un rapport de synthèse des réponses obtenues lors des consultations individuelles. Il est associé à la démarche ergonomique .
Lors de la phase de repérage des postes à risque, il participe au groupe de travail ,dont l'ergonome est l'animateur, et qui élabore le questionnaire médical et « vécu du travail «. Il est désigné par le groupe, puis le CHSCT, comme garant du respect de la confidentialité, et donc responsable du recueil de données (effectué lors des visites médicales) et de leur mise en forme anonyme et collective en vue de leur exploitation par le groupe.
Il est chargé de l'information des salariés, individuellement, comme par le passé, mais aussi collectivement, sous forme d'affichage et de réunions prévues lors de la restitution des résultats des questionnaires.
Il participera ensuite au groupe de travail et à la formation-action proposée et animée par l'ergonome, comme les autres acteurs de ce groupe, continuant à y apporter son regard spécifique.
Les échanges de qualité avec l'ergonome ont permis à celui-ci de comprendre plus rapidement les enjeux, les positions des acteurs de l'entreprise, de connaître l'historique, toutes informations utiles à l'action.

Cas n°2 : problème de TMS dans une entreprise de fabrication d'appareils électro-ménagers
L'intervention est proposée par l'ergonome de la CRAM, à l'occasion de la mise en place d'un nou-

veau module de fabrication pour un nouveau type d'appareil, mais dans un contexte connu de TMS et lombalgies. Celui-ci est signalé par le médecin du travail, qui suit l'entreprise depuis plusieurs années, mais il ne trouve guère de soutien dans l'entreprise. Celle-ci est en cours de rachat.
Le médecin est associé à l'intervention, mais reste un peu en retrait. Elle indique à l'ergonome qu'elle a peu d'espoir sur l'impact d'une intervention limitée, dans le contexte de l'entreprise. Elle ne souhaite pas prendre en charge la partie médicale de la présentation du problème TMS faite au groupe de travail, en début d'intervention. Mais, lors de cette réunion, elle prend souvent la parole, renforçant par des exemples imagés et des anecdotes les propos théoriques de l'ergonome.
Elle participe ensuite au groupe de travail. Elle participera aussi à l'élaboration d'un court questionnaire « vécu du travail «, et à la passation de ce questionnaire auprès des 20 opérateurs concernés par la nouvelle fabrication.
Enfin, alors que les relations avec l'ergonome sont bien établies, en fin d'action sur le projet limité envisagé, elle accepte de travailler sur les données médicales recueillies l'année précédente auprès de l'ensemble des 700 salariés des deux établissements concernés par le problème TMS (questionnaire scandinave standardisé), mais non exploitées faute de temps et en raison des inquiétudes sur les retours négatifs possibles pour eux. L'ergonome propose en effet d'en exposer les résultats , lors de la restitution des conclusions du groupe de travail, afin de resituer l'approche ergonomique limitée, dans le contexte global de l'entreprise (état des lieux initial) et d'inciter à étendre la démarche. L'exploitation sera faite en commun par l'ergonome et le médecin, celui-ci en gardant la maîtrise, et assurant le respect de l'anonymat des données lors de leur traitement et leur regroupement. Elle apporte aussi sa bonne connaissance des postes. C'est elle qui fera la présentation de cette synthèse ultérieurement, à l'occasion d'un projet de réimplantation des deux établissements dans un nouveau site. Elle permettra au médecin de convaincre la direction de la réalité du problème TMS dans l'entreprise, et de préciser les ateliers à plus haut risque, à aborder en priorité. La question d'une participation au projet d'un ergonome extérieur sera alors posée. Mais l'action reste en suspend, en raison de la décision prise par le repreneur d'une délocalisation à l'étranger des ateliers de fabrication, et du conflit social que cela entraîne. La question reste donc posée pour les ateliers de montage (à haut risque TMS), et le médecin s'interroge sur le moment opportun et la façon de la porter à nouveau à la direction, le projet de déménagement faisant son chemin.

Au delà des différences possibles d'approches, de contexte d'entreprise et de profil du médecin , la relation entre les deux acteurs, pour être harmonieuse et respectueuse des contraintes de chacun, passe par le temps d'une découverte mutuelle, d'une clarification des rôles. Les spécificités des communications avec le médecin, et donc du rôle qui lui revient dans les exemples donnés, et de la demande que lui a adressée l'ergonome, tournent autour de :

• **sa compétence spécifique à parler des liens santé- travail** (avec plus ou moins d'aide de l'ergonome à l'élaboration des outils et supports de l'information, selon les cas). Le médecin pourra ensuite assurer seul la pérennité de cette information, son renouvellement nécessaire dans le cadre de la collaboration avec les autres acteurs de l'entreprise initiés au problème et à la démarche ergonomique (formation de nouveaux salariés par exemple).

• son rôle de **garant de la confidentialité** des données médicales, que sa connaissance approfondie de l'entreprise et des individus qui la composent lui permet d'estimer au mieux (sous réserve, bien sûr, que son éthique ait été jugée irréprochable par l'ensemble des acteurs de l'entreprise, et que son rôle de garant ait fait l'objet d'un consensus)

• son rôle dans **l'évaluation médicale,** pouvant être élargi à l'évaluation du vécu au travail. Cette évaluation est un outil précieux (avec d'autres possibles) pour l'entreprise. Elle lui permet de juger de l'effet de l'intervention ergonomique, si l'ergonome prend soin d'instaurer la démarche d'une évaluation initiale, puis la mise en route d'évaluations comparatives (éventuellement simplifiées) à des étapes données. Le médecin du travail est alors en situation d'assurer **un suivi de l'intervention dans son domaine de compétences,** alors que l'ergonome n'est plus là, les outils de communication ont été mis en place.

La construction au cas par cas de communications efficaces entre ergonomes et médecins du travail lors de l'intervention ergonomique bénéficierait d'un travail de rapprochement en amont, permettant une meilleure connaissance mutuelle de ces acteurs, de leurs règles et contraintes de métiers. Des expériences menées dans différentes régions semblent le confirmer. Pour être efficaces, doit-on aller jusqu'à préconiser la généralisation de pôles d'ergonomie dans, ou à proximité, des services de médecine du travail (pôles départementaux ou régionaux) ? Il paraît en tout cas certain que des expériences pilotes doivent être encouragées.

RÉFÉRENCES CITÉES :

1) La multidisciplinarité : 20 ans de pratique, D. Mouret, M. Petitot *Actes du XXXIV ème Congrès de la SELF – Caen* Journée satellite du 14 sept.1999

2) Entre profession et métiers : les médecins du travail, F. Piotet, M. Correia, C. Lattès, A. Moisan *Arch. Mal. Prof.*,1997, 58, suppl.1, 62-129

3) Enquête «pluridisciplinarité et ergonomie «, C. Raux- Pompilio, *Actes du XXXIV ème Congrès de la SELF – Caen* Journée satellite du 14 sept.1999

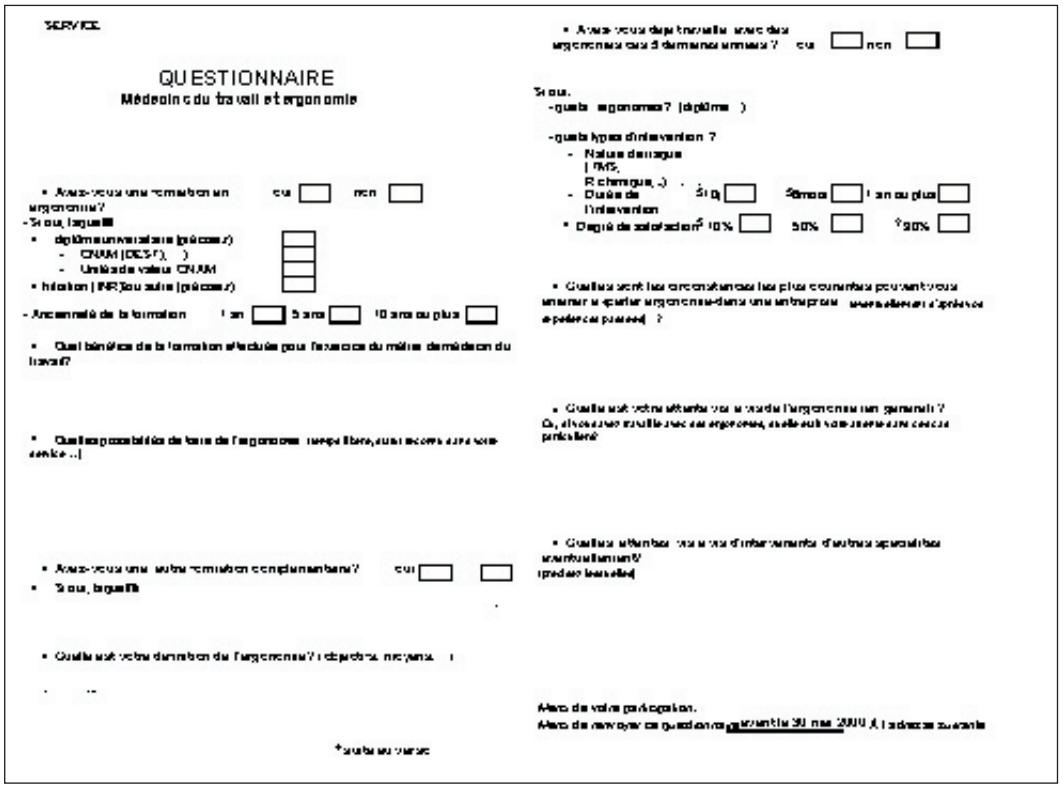
4) Médecins du travail Ergonomes au service de leurs collègues pour une mutualisation des compétences, A. Gaillard, H.J. Smolik, C. Knoche, F. Raymond *Actes du XXXIV ème Congrès de la SELF* – Caen Journée satellite du 14 sept.1999

5) La cartographie de santé comme outil d'aide à la coopération et à la transformation des représentations, P. Pavageau, A. Touranchet, *Actes du XXXIV ème Congrès de la SELF* – Caen 15-16-17 sept.1999

6) Médecin du travail – Ergonome : deux métiers en un pour en améliorer l'impact, A.Jabès *Arch. Mal. Prof.*,1997, 58, suppl.1, 159-161

Annexe 1

Annexe 2



SERVICE

QUESTIONNAIRE

Médecins du travail et ergonomie

- Avez-vous une formation en ergonomie ? oui ☐ non ☐
- Si oui, laquelle
  - diplôme universitaire (précisez) ☐
    - CNAM (DEST), ☐
    - Unités de valeur CNAM ☐
  - Mission (INRS) ou autre (précisez) ☐
- Ancienneté de la formation 1 an ☐ 5 ans ☐ 10 ans ou plus ☐
- Quel bénéfice de la formation effectuée pour l'exercice du métier de médecin du travail ?
- Quelles possibilités de faire de l'ergonomie (temps libre, sur accord du service ...)
- Avez-vous une autre formation complémentaire ? oui ☐ ☐
- Si oui, laquelle
- Quelle est votre définition de l'ergonomie ? (objectifs, moyens ...)

- Avez-vous déjà travaillé avec des ergonomes sur des demandes amiantes ? oui ☐ non ☐

Si oui,
- quels ergonomes ? (diplôme ...)
- quels types d'intervention ?
  - Nature des gaps (TMS, Risque, ...)
  - Durée de l'intervention 5 j ☐ 5 mois ☐ 1 an ou plus ☐
  - Degré de satisfaction* 10% ☐ 50% ☐ 90% ☐
- Quelles sont les circonstances les plus courantes pour vous amener à solliciter un ergonome dans une entreprise (systématiquement, après échec, parce que ...) ?
- Quelle est votre attente vis à vis de l'ergonomie en général ? Et, si vous avez travaillé avec un ergonome, quelle était votre attente au cas particulier ?
- Quelles attentes avez-vous vis à vis d'intervenants d'autres spécialités (psychologues ...) (préciser lesquelles)

Merci de votre participation.
Merci de renvoyer ce questionnaire avant le 30 mai 2000 à l'adresse suivante

*voir au verso

Enquête « médecins du travail et ergonomie « Ile de France – mai-juin 2000

Une enquête a été menée auprès de 8 services Interentreprises de médecine du travail d'Ile de France (soit 290 médecins). Le questionnaire (annexe 1) a été diffusé, avec une lettre explicative par le ou les médecins correspondants des services, contactés téléphoniquement ou rencontrés. Parmi les 290 médecins, 279 ont reçu personnellement le questionnaire, les 11 autres ayant été sollicités par un affichage du questionnaire dans leur centre. L'exploitation des réponses a été faite sur Excel.

Taux de réponses : 22,8%, soit 66 répondants

Il est de 37% dans les 5 services de moins de 50 médecins et de 15,3% dans les 3 services de 50 à 70 médecins. Il faut noter que dans deux des Services de moins de 50 médecins, il existe une prestation en ergonomie : convention avec un ergonome extérieur dans un cas, fonction de médecin-ergonome, plutôt dans un objectif d'information et formation des confrères dans l'autre service. Enfin, un troisième service de moins de 50 médecins est étroitement impliqué dans le réseau du Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés de son département, et certains de ses médecins y travaillent donc de façon habituelle avec les ergonomes en liaison avec l'AGEFIPH.
Le taux de réponses obtenu dans notre enquête (22,8%) est un peu supérieur à celui de C.Raux- Pompilio(3) (16,8%, soit 294 réponses sur 1747 questionnaires envoyés).

Pourcentage de formations en ergonomie parmi les répondants : 54,5% (36/66).

Il est plus faible dans les petits services (43%) que dans les grands (69%).
Il s'agit pour un tiers des cas d'une formation universitaire, pour un tiers d'une formation CNAM (DEST pour 22%, unités de valeur dans les autres cas), et d'une autre formation pour l'autre tiers (stage Afometra, soit 5 fois 3 jours,

pour la plupart).
Parmi les médecins ayant eu une formation complémentaire en ergonomie, 50% ont eu une autre formation, alors que, parmi les 28 médecins non formés en ergonomie, 21 % seulement mentionnent une autre formation complémentaire. Ces formations sont, en ordre décroissant : épidémiologie, médecine des transports ou aéronautique, psychopathologie du travail, santé publique, diverses autres.
Le taux de médecins formés en ergonomie (50%) est voisin de celui de l'enquête citée(3) (55,3%). L'enquête sociologique effectuée en 1996 (2) indiquait 68% de formés en ergonomie chez les 272 médecins (60% des répondants) ayant précisé une formation complémentaire, sachant que 80% des 453 médecins ayant répondu au questionnaire en avaient effectué au moins une. Cette enquête indique une forte demande en formation, insuffisamment satisfaite, chez une majorité de médecins. Dans notre échantillon, la proportion de médecins ayant investi fortement en formation (formation universitaire ou DEST du CNAM) paraît plus grande (30%) que dans la population générale de médecins du travail (13% de formations supérieures à 10 jours).

Bénéfice de la formation (34 répondants sur les 36 formés) :

Trois estiment en tirer peu de bénéfice (trop théorique, pas de demande de la part des employeurs, manque de temps). Parmi les 31 autres (86% des formés), cette formation semble bénéfique pour différents motifs (51 réponses, car plusieurs réponses pour certains questionnaires) :

- Amélioration de l'analyse faite du poste de travail (13/51, soit un quart des réponses) et de la situation de travail (10/51) , y compris le rôle des acteurs de l'entreprise pour 3 réponses.
- D'autres parlent d'une plus grande efficacité de la visite d'entreprise, d'une meilleure analyse des risques, d'un regard plus tourné vers la prévention primaire (11/51).
- Certains mentionnent l'aide apportée à l'argumentaire auprès des employeurs pour obtenir des améliorations de conditions de travail (4/51), ou de plus grande facilité à « proposer des solutions « (5/51).
- Les autres réponses portent sur l'apport de l'ergonomie quant aux moyens : métrologiques (3), méthodologiques (4), dont aide à l'analyse des dysfonctionnements, repérage des écarts entre travail prescrit et travail réel.

Si les médecins estiment avoir tiré bénéfice de leur formation en ergonomie dans leur pratique professionnelle, ils se disent, dans leur ensemble, limités dans leurs possibilités de « faire de l `ergonomie « (25/36 répondants) : manque de temps pour 24 d'entre eux, et – ou absence de demande des employeurs (3 réponses). Des conditions de mise en œuvre sont indiquées par certains : mission spécifique en réponse à une demande d'employeur, ou dans le cadre d'une étude de poste programmée au niveau d'une profession, ergonomie limitée à la métrologie (2 réponses), seulement avec l'ergonome du service (2 réponses).

Opinion des médecins sur l'ergonomie :

• **Leur définition de l'ergonomie** (63 répondants, 88 réponses, 21 questionnaires ayant 2 réponses ou plus.)

• En terme d'objectifs (64 réponses, 58 questionnaires, soit 72% des réponses et 92% des médecins) :
- Adaptation du travail à l'homme, amélioration des conditions de travail (33, soit 37% des réponses et 50% des médecins, dont organisation, mentionnée 5 fois)
- Amélioration du poste de travail (21, soit 24% des réponses, 33% des médecins)
- Limiter la fatigue, les problèmes de santé, obtenir l'évaluation des risques et leur prise en compte par les décisionnels (10, soit 11% des réponses, 16% des médecins)

• En terme de moyens (12 réponses, 12 questionnaires, soit 14% des réponses, 19% des médecins) :
- Par l'étude du poste de travail (7 soit 8% des réponses)
- Par l'analyse de l'activité (1), de la situation de travail (1), des dysfonctionnements (1), par l'étude scientifique de l'homme au travail, par une approche pluridisciplinaire, globale (2).

• En terme de conditions à l'intervention (12 réponses, 11 questionnaires, soit 14% des réponses, 19% des médecins)
- Temps nécessaire (2), prise en compte des contraintes économiques (5), nécessaire participation des salariés, de l'employeur (3),
- Avec une déontologie identique à celle des médecins (1), le médecin étant maître d'œuvre (1).

NB : les formés donnent plus de réponses que les non formés (1,6 versus 1,2 réponse/questionnaire). Ils répondent plus sur les moyens (29% des médecins formés versus 7% des non formés), et les conditions d'intervention (1 seule réponse chez les non formés).

• **Leurs attentes vis à vis de l'ergonomie** (60 répondants, 80 réponses, 18 questionnaires ayant 2 réponses ou plus)

• En terme d'objectifs *(37 réponses, 35 questionnaires, soit 46% des réponses, 58% des répondants) :*
- Amélioration des conditions de travail, solutions rapides et concrètes, aide aux aménagements (23, soit 29% des réponses)
• Aide aux questions des CHSCT *(2), ou aux questions santé : plaintes individuelles, problèmes de maintien dans l'emploi (7), aide à la formation, la participation de salariés, l'argumentaire (5)*

• En terme de moyens (32 réponses, 30 questionnaires, soit 40% des réponses, 50% des médecins) :
- Aide technique, regard technique, métrologie (9, soit 11% des réponses), aide à l'analyse des situations de

travail, des incidents (6), aide méthodologique, regard scientifique, (8)
- Regard pluridisciplinaire, compétences complémentaires (9, soit 11% des réponses)

• En terme de conditions à l'intervention (11 réponses, 8 médecins, soit 14% des réponses, 13% des répondants)
- En se mettant au niveau des PME, dans des limites acceptables de coût, de délais, en évitant une approche trop théorique (5), mais sans trop de précisions métriques (1)
- Avec une déontologie identique à celle des médecins, en immersion dans l'entreprise, en concertation avec le médecin, avec sa participation (5, soit 9%)

NB : les répartitions sont voisines entre formés et non formés.

• Les circonstances pouvant les amener à « parler ergonomie « dans une entreprise (66 répondants, 130 réponses, 41 questionnaires ayant 2 réponses au moins)

1. Risques de TMS, lombalgies, liés à la manutention, aux postures en informatique (31 réponses évoquées sur 27 questionnaires, soit 24% des réponses et 42% des médecins)

2. Autres expressions de problèmes médicaux : 42 réponses (33 questionnaires) soit 33% des réponses évoquées par 50% des médecins : *plaintes de salariés (12 soit 9% des réponses), handicap nécessitant une adaptation de poste (16, soit 12% des réponses), suite accidents, maladies professionnelles, absentéisme (12, soit 9% des réponses)*

3. Dans la démarche d'évaluation de risques conduite par le médecin du travail (suite à une visite d'entreprise, pour préciser l'évaluation, faire de la métrologie…) : 20 (17 questionnaires), soit 15% des réponses formulées par 26% des médecins.

4. Dans une démarche collective de l'entreprise : 27 (24 questionnaires) soit 20% des réponses et 36% des médecins) : *problème posé par l'entreprise (6 dont: programme d'amélioration de conditions de travail), questions du CHSCT (7), changements envisagés : postes, locaux, modes opératoires… (14)*

5. Autres (10 soit 8% des réponses) : *problèmes d'organisation (6), travail à la chaîne (1), poste de caissière (1), difficultés à l'utilisation de protections collectives ou individuelles (2).*

- NB : les formés donnent plus de réponses que les non formés (2,2 versus 1,7 réponses/questionnaire). Les répartitions, analysées par item, sont voisines entre formés et non formés, exceptés les problèmes d'organisation évoqués 1 seule fois chez les non formés. Mais l'analyse des associations de réponses fait apparaître deux groupes un peu différents. Parmi les 66 médecins répondants, 38 (58%) n'envisagent que des circonstances médicales (réponses 1,2,3). Par rapport aux 28 médecins qui évoquent aussi d'autres circonstances (réponses 4,5), ils sont un peu moins souvent formés à l'ergonomie (50% versus 60%), un peu plus souvent dans des petits services (65% versus 50%), et répondent un peu plus souvent avoir travaillé avec des ergonomes (55% versus 39%). Ils sont un peu plus nombreux à donner une définition de l'ergonomie centrée sur le poste de travail (37% versus 21%).

Travail avec des ergonomes dans les 5 années précédentes : 47% (31/66 répondants).

Le taux diffère entre les médecins formés à l'ergonomie (69%), et les non-formés (27%).Mais on note que les médecins répondent plus souvent oui à cette question, qu'ils soient formés ou non formés, quand ils travaillent dans les services de moins de 50 médecins (57% versus 41%). Ceci est peut-être influencé, dans l'enquête présente, par l'existence de prestation en ergonomie dans deux de ces Services et les liens particuliers avec le reclassement pour un troisième.
L'enquête de C.Raux indique que, pour les 75% de médecins disant avoir possibilité d'un recours à un ergonome, 80% y ont effectivement recours (soit 60% des répondants). Le résultat étant plus bas dans notre enquête, on peut se demander si, en Ile de France, le rapprochement entre ergonomes et médecins du travail est aussi facile et courant que dans la région nord-ouest, et par ailleurs, notre enquête ne prend en compte que des médecins de Services Interentreprises. Dans l'enquête sociologique(2) menée en 1996 sur 19 régions, les relations avec les ergonomes, perçues à travers plusieurs réponses différentes, semblent plus rares : 24% d'entre eux (y compris les médecins de Services Autonomes), répondent avoir des contacts avec les ergonomes présents dans les entreprises ; 25% d'entre eux disent participer, en dehors des groupes de travail internes à leurs Services, à des groupes de travail pluridisciplinaires, et 9% indiquent la présence d'ergonomes dans ces groupes.

L'intervention ergonomique concerne 2 fois sur 3 (22/31 questionnaires) des risques physiques (manutention, postures et gestes répétitifs, et bruit à 2 reprises). Sont mentionnés également : des risques chimiques (2 fois), des questions d'organisation du travail (2 fois), d'aménagement de nouveaux locaux (3 fois), des situations de travail particulières 2 fois (travail sur écran, travaux en égouts) . Les circonstances ne sont pas précisées dans 2 questionnaires, mais il y a aussi 2 réponses multiples. La durée des interventions est majoritairement inférieure à 10 jours (59% des réponses), elle ne dépasse pas 6 mois dans 8 cas, elle est de l'ordre d'un an ou plus dans 3 cas , et non précisée 1 fois.
Les médecins semblent assez mal repérer la formation des ergonomes avec qui ils sont amenés à travailler : non connue 8 fois sur 31 (26%), « ergonome spécialiste du handicap» ou appartenant à un service connu comme tel 6 fois (19%), « CRAM « 4 fois (13%), elle est en fait précisée 13 fois : AFOMETRA (7 fois), CNAM (5 fois), DUT (1 fois). Les médecins estiment l'intervention satisfaisante à 90% dans 13 cas (42%), à 50% dans 9 cas (29%), et plutôt

insatisfaisante dans 2 cas. Ils ne se prononcent pas dans les 7 cas restants (23%). Deux médecins qui répondent n'avoir pas travaillé avec des ergonomes, signalent n'avoir eu connaissance de leur intervention qu'a posteriori, et déplorent l'absence de contact.

La prédominance d'interventions motivées par les risques liés aux gestes et manutention est notée également par C.Raux-Pompilio, ainsi que la courte durée des interventions (moins de 10 jours sur trois ans dans les3/4 des cas). Le taux de satisfaction y semble plus important que dans notre enquête (supérieur à 90%).